

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)

Выпускная квалификационная работа на тему:

***ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ДЕТСКОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ НА АДАПТАЦИЮ И РЕЗУЛЬТАТЫ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАСТРОЙСТВОМ***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

основная образовательная программа: Клиническая психология

профиль: клиническая психодиагностика, консультирование и психотерапия

Выполнила:
Студентка 6 курса
очного отделения
Звенигородская Ю. Д.

Рецензент:

Санкт-Петербургский научно-
исследовательский психоневрологический
институт им. В. М. Бехтерева, доктор
медицинских наук, ведущий научный
сотрудник, врач высшей категории
Бутома Борис Георгиевич

Научный руководитель:
Кандидат медицинских наук,
доцент кафедры медицинской психологии и
психофизиологии
Гусева Ольга Васильевна

Санкт-Петербург
2018

АННОТАЦИЯ

Данное исследование было посвящено изучению влияния ранней детской привязанности к матери на психологическую адаптацию, а также на результаты восстановительного лечения у больных шизотипическим расстройством. Изучались особенности защитно-приспособительного поведения, текущий психологический симптоматический статус, уровень личностной и ситуативной тревожности, а также уровень социально-психологической адаптации до и после восстановительного лечения. Было обследовано 81 человек (40 здоровых лиц и 41 больной шизотипическим расстройством), респонденты в обеих группах были ранжированы по типу ранней привязанности к матери («надежная привязанность» и «ненадежная привязанность»). Было проведено структурированное интервью, а также использовалась батарея тестов: опросник для изучения способов совладающего поведения (Р. Лазарус, С Фолкман (WCQ, The Waysof Coping Questionnaire, 1988 г.); методика для выявления механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, в адапт. Вассерман Л.И. и др., 1998 г.), Опросник для определения типа привязанности к матери (Яремчук М.В. , 2006) в модификации О.В. Алмазовой и Г.В. Бурменской (Алмазова О.В., Бурменская Г.В. 2015), симптоматический опросник SCL-90R (1976 г.), интегративный тест тревожности (2005 г.), шкала функционирования А. П. Коцюбинского (2004 г.)

По результатам исследования выявлена взаимосвязь типа эмоциональной привязанности к матери в детстве со спецификой используемых механизмов психологической защиты и уровнем тревожности у больных во взрослом возрасте. Подтверждается взаимосвязь ненадежного типа эмоциональной привязанности к матери с низким уровнем комплаенса с лечащим врачом, что отрицательно влияет на эффективность восстановительного лечения. Кроме того, выявлена взаимосвязь типа привязанности с физическим и психологическим самочувствием и спецификой копинг-поведения во взрослой жизни у здоровых лиц.

ANNOTATION

The research was devoted to the study of the influence of child's early attachment to mother on psychological adaptation and on efficiency of recovery treatment at patients with schizotypal personality disorder. Studied were the features of protectively-adaptive behavior and the actual psychological symptomatic status, also the level of situational and personal anxiety and adaptation assessment prior to treatment and after his termination was estimated. 81 persons were surveyed (40 healthy people and 41 patients with schizotypal personality disorder), respondents in both groups were divided on two groups based on the type of early attachment to mother ("reliable attachment" and "unreliable attachment"). There are conducted the structured interview and also was used a battery of tests: a questionnaire for studying of coping-behavior ways (R. Lazarus, With Folkman (1988); a technique for detection of psychological protection mechanisms "An index of vital style" (1998), the Questionnaire for definition like affection for mother (Yaremchuk M.V., 2006) in O.V. Almazova and G.V. Burmenskaya's modification (Almazova O.V., Burmenskaya G. V. 2015), SCL-90R - a symptomatic questionnaire (1976), integrative test of uneasiness, and also scale of functioning of Kotsubinsky (2004).

By results of a research the interrelation like emotional affection for mother in the childhood with specifics of the used mechanisms of psychological protection and uneasiness level at patients at adult age is revealed. The interrelation of unreliable type of emotional affection for mother with the low level of a komplayens with the attending physician is confirmed that negatively influences efficiency of recovery treatment. Besides, the interrelation like attachment with physical and psychological health and specifics of coping-behavior in adulthood at healthy faces is revealed.

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1.....	10
1.2. Ранняя детская привязанность и её значение для адаптации индивида	
1.2.1 Понятие ранней детской привязанности и её типы.....	10
1.2.2 Привязанность у взрослых и её влияние на адаптацию.....	15
1. 2. 3. Механизмы психологической защиты и копинг-стратегии в контексте ранней детской привязанности к матери.....	21
1. 3. Привязанность и психопатология.....	25
2.1 Понятие шизотипическое расстройство.....	29
2.1.1. Место шизотипического расстройства в МКБ-10 и DSM-IV.....	29
2.1.2. Неврозоподобная форма шизотипического расстройства (F21.3)....	32
2. 2. Биопсихосоциальная модель и шизотипическое расстройство.....	34
ГЛАВА 2. Методы и организация исследования.....	36
2.1 Материалы исследования.....	37
2.2 Процедура исследования.....	39
2.3 Методы исследования.....	41
2.3.1 Структурированное интервью.....	42
2.3.2 Опросник для определения типа привязанности к матери (Яремчук М.В. , 2006) в модификации О.В. Алмазовой и Г.В. Бурменской.....	42
2.3.3 Симптоматический опросник SCL-90R.....	43
2.3.4 Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса.....	45
2.3.5 Методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика.....	47
2.3.6 Методика «Интегративный тест тревожности».....	48
2.3.7 Шкала функционирования А. П. Коцюбинского.....	49
2.4 Математико-статистические методы обработки данных.....	50
ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение.....	52

3.1 Результаты изучения привязанности.....	52
3.2 Результаты изучения уровня дистресса и специфики его проявления.....	53
3.3 Результаты изучения способов защитно-совладающего поведения.....	56
3.4 Результаты изучения ситуативной и личностной тревожности.....	60
3.5 Результаты исследования эффективности восстановительного лечения.....	62
3. 6. Анализ удовлетворенности семейными и партнерскими отношениями у здоровых лиц.....	65
3. 7. Результаты корреляционного и факторного анализа.....	67
3.8. Обсуждение результатов исследования.....	73
ВЫВОДЫ.....	86
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	88
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	90
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	96
Приложение А.....	96
Приложение Б.....	98
Приложение В.....	100
Приложение Г.....	108
Приложение Д.....	111
Приложение Е.....	113
Приложение Ж.....	116

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время понятие ранней детской привязанности широко исследуется в рамках психодинамического подхода. Первоначально оно было введено Дж. Боулби, который определил привязанность, как систему внутренней регуляции, присущую каждому человеку с рождения и ориентированную у ребёнка на поиск защитной близости, контакта с матерью [6]. Позже в своих исследованиях Эйнсворт выделила три основных типа привязанности: надёжный тип привязанности — ребёнок ищет контакта с матерью и при этом адекватно переживает разлуку с ней; тревожно-амбивалентный тип — отношение ребёнка к матери носит двойственный характер, с одной стороны он отвергает мать с другой стороны очень болезненно переживает разлуку с ней, постоянно испытывая тревогу и страх потери; избегающий тип - ребёнок не стремится к контакту с матерью и, в целом, равнодушен к разлуке с ней [42].

Во многих исследованиях подтверждается взаимосвязь привязанности и характера отношений, образов себя и окружающего мира во взрослом возрасте, что обеспечивает эффективную или не эффективную адаптацию индивида [36]. Люди с надёжным типом привязанности лучше справляются со стрессом, имеют более позитивное видение себя и мира и в целом более психически устойчивы [33]. Также люди с надёжным типом привязанности имеют более здоровые отношения с окружающими во взрослом возрасте, что подтверждается в многочисленных исследованиях [18], [50], [48]. Ненадёжный же тип привязанности (избегающий тип и тревожно-амбивалентный) предполагает большую общую психическую уязвимость, использование менее адаптивных способов совладания со стрессом и сложности в построении отношений с людьми, что негативно сказывается на их психологической устойчивости и осложняет адаптацию [52].

По мнению некоторых авторов ненадёжный тип привязанности в раннем детстве, в совокупности с определёнными индивидуальными качествами, может

создавать предрасположенность к возникновению психических расстройств, существенно ухудшая социально-психологическую адаптацию индивида, что, впоследствии, при развитии расстройства также сказывается и на состоянии пациента [25], [54].

Шизотипическое расстройство, является сложным заболеванием с крайне полиморфной психопатологической симптоматикой преимущественно неврозоподобного и аффективного круга, с постепенным развитием легкой негативной симптоматики и нарушений мышления, характерных для шизофрении [10]. Данное расстройство относится к классу аутохтонных непсихотических расстройств, манифестация и возникновение которых не могут быть убедительно аргументированы одним лишь воздействием экзогенных, ситуационных, психогенных или соматогенных факторов [16].

Для лиц, страдающих данным заболеванием, также, как и для здоровых, огромное значение имеет адаптационный потенциал личности, что напрямую связано с тяжестью расстройства, эффективностью лечения и дальнейшей реабилитации [31].

Детальное исследование данной проблемы является очень актуальным, так как на сегодняшний момент шизотипическое расстройство в принципе изучено не достаточно. Поэтому разработка данной проблемы может иметь непосредственное значение для создания более эффективных методов терапии данного заболевания и расширения представлений о нём.

Целью данного исследования являлось изучение влияния типа ранней детской привязанности на социально-психологическую адаптацию и эффективность восстановительного лечения больных шизотипическим расстройством.

Исходя из поставленной цели были сформулированы следующие *задачи*:

1. Диагностика типа привязанности у больных шизотипическим расстройством;
2. Изучение влияния типа привязанности на психическое состояние у

больных шизотипическим расстройством: анализ уровня дистресса, его интенсивности, многообразия симптомов и тяжести их проявления;

3. Изучение механизмов психологической защиты собственных больным с ненадёжным типом привязанности и надёжным;

4. Выявление взаимосвязи типа привязанности с используемыми копинг-стратегии у больных шизотипическим расстройством;

5. Изучение взаимосвязи уровня ситуативной и личностной тревожности с типом привязанности к матери у больных шизотипическим расстройством;

6. Изучение эффективности восстановительного лечения, качества терапевтического контакта и уровня комплаенса с лечащим врачом, в зависимости от типа привязанности у больного;

7. Сравнительный анализ показателей по тем же шкалам группы здоровых испытуемых и больных шизотипическим расстройством, в зависимости от типа привязанности;

Были сформулированы следующие *гипотезы*:

1. Ненадежный тип привязанности к матери предполагает снижение социально-психологической адаптации как у больных, так и у здоровых.

2. Ненадежный тип привязанности отражается на контакте с лечащим врачом и на эффективности восстановительного лечения у больных шизотипическим расстройством.

Объектом исследования являлись: больные неврозоподобной формой шизотипического расстройства.

Предметом исследования являлось: взаимосвязи типа ранней детской привязанности с социальной и психологической адаптацией.

Были использованы следующие *методы*: структурированное интервью, Опросник для определения типа привязанности к матери (Яремчук М.В. , 2006) в модификации О.В. Алмазовой и Г.В. Бурменской (Алмазова О.В., Бурменская Г.В. 2015), симптоматический опросник SCL-90R («Symptom Check List-90-

Revised»; Derogatis, Rickels, Rock, 1976), опросник для изучения способов совладающего поведения (Р. Лазарус, С Фолкман (WCQ, The Waysof Coping Questionnaire, 1988); методика для выявления механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля» (LSI, Life style index – (Р. Плутчик, в адапт. Вассерман Л.И. и др., 1998); интегративный тест тревожности (НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева к.пс.н. А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005), шкала функционирования А. П. Коцюбинского.

ГЛАВА 1

1. 2. Ранняя детская привязанность и её значение для адаптации индивида

1. 2. 1. Понятие ранней детской привязанности и её типы

Привязанность занимает немаловажное место в современной психологии.

Было проведено значительное количество исследований, доказывающих, что в основе привязанности лежит сложная социально ориентированная система, включающая в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты, оказывающие мощное, разностороннее, долгосрочное и во многом непреходящее влияние на формирование целого ряда сторон эмоционально-личностной и коммуникативной сфер ребенка [2].

Понятие привязанности возникло на стыке двух направлений. Первое — психодинамическое, согласно которому младенец занимает пассивную позицию и контакт с матерью необходим ему исключительно для удовлетворения актуальных потребностей. В зависимости от того насколько эти потребности удовлетворяются ребенок успешно или не успешно преодолевает фазы психосексуального развития. Если потребности удовлетворяются недостаточно происходит фиксация на одной из фаз, что сказывается на дальнейшей адаптации. Второе направление — этологическое, в данной концепции механизм привязанности является врожденным и ребенок выступает, как активный субъект социально взаимодействия. Таким образом ребенок влияет на поведение матери также, как и мать на поведение ребенка. Отсюда произрастает модель социального научения, согласно которой, в раннем детстве при взаимодействии с матерью формируются основные социальные навыки.

Дж. Боулби в своей теории объединил эти два направления, выступая за то, что ребенок действительно подвержен опасности со стороны внешнего мира и нуждается в защите. Причины, запускающие механизм привязанности могут быть как внешними, так и внутренними. Фазы психологического развития предопределены и заложены биологически, но качество прохождения

каждой из них будет напрямую зависеть от взаимодействия организма с окружающей средой, схожий механизм наблюдается и с привязанностью: ребенок имеет природную склонность создавать привязанности, но природа этой привязанности будет зависеть от родительской семьи [21].

Впервые понятие привязанности было введено в психологию в 1940 — 1950 годах Дж. Боулби [6]. Он начал свою работу в военном детском доме Анны Фрейд изучая поведение привязанности детей сирот. В своих исследованиях Боулби выявил, что будучи разлученными с матерями, дети демонстрировали три последовательно сменяющие друг друга формы поведения (протест, отчаяние, отвержение). Такое отношение носило ярко выраженный избирательный характер и наблюдалось лишь по отношению к фигуре привязанности. Исходя из этого Боулби сделал вывод, что разлука с матерью приводит к актуализации поведения привязанности, направленного на поиск близости и поддержание контакта с матерью (или другим близким взрослым, ухаживающим за ребенком, – фигурой привязанности) [36].

Опираясь на свои наблюдения, Боулби сделал вывод, что потребность быть привязанным к матери - главная потребность младенца [31], [6].

Привязанность – это система внутренней регуляции, ориентированная маленьким ребёнком на поиск защитной близости, контакта с матерью. В детском возрасте система привязанности резко активизируется в ситуациях опасности тревоги или любого дискомфорта. Контакт с матерью снимает эти ощущения, что позволяет ребёнку переключать своё внимание на окружающий мир и реализовать исследовательскую активность [12].

Наблюдая за реакцией ребенка на разлуку с матерью Дж. Боулби были выявлены три типа привязанности:

1) *Надежная привязанность*. В присутствии матери ребенок чувствует себя в безопасности, использует мать как надежную базу для исследования мира в эпизодах до разлуки; переживает ее отсутствие, отказывается от игры, снижает исследовательскую активность, когда матери нет рядом; стремится к

матери, ищет физического контакта с ней при воссоединении [36].

2) *Тревожно амбивалентная привязанность*. Дети демонстрируют признаки тревоги даже до разлуки с матерью; тяжело переживают отсутствие матери в эпизодах разлучения; во время воссоединения в их поведении наблюдаются амбивалентные реакции: с одной стороны, они ищут контакта с матерью, с другой – препятствуют осуществлению контакта и взаимодействию [36].

3) *Избегающая привязанность*. Переживания младенцев во время разлуки с матерью отличаются низкой выразительностью, они редко плачут и демонстрируют меньше признаков беспокойства по сравнению с младенцами двух предшествующих групп; во время воссоединения они избегают матери, либо смешивая поведение поиска близости и избегания контакта, либо полностью игнорируя мать [36].

По мнению автора, поведение привязанности созревает относительно независимо в течение первого года и фокусируется на фигуре матери (или другого близкого взрослого) в течение второго года [21], [6].

Формирование привязанности происходит под влиянием ряда факторов, но, прежде всего, зависит от поведения матери: чуткости, эмоционального принятия, последовательного реагирования на сигналы ребёнка, адекватного удовлетворения его потребностей и других характеристик [21].

Внешне поведение привязанности проявляется в таких реакциях со стороны младенца, как плач, зов, лепет, улыбка, сосание (не связанное с питанием), локомоции, направленные на приближение к матери, следование за ней [10].

Позже в США Эйнсворт М. был поставлен эксперимент с 741 различными семьями. Он заключался в наблюдении за поведением ребенка, когда мать кратковременно отсутствовала в лаборатории и при ее возвращении [24], [42].

Анализ поведения младенцев позволил выделить три типа привязанности,

опирающихся на типы выделенный Дж. Боулби, но охватывающих собой больше аспектов: безопасная привязанность (тип «В»), небезопасная привязанность избегающего типа (тип «А») небезопасная привязанность амбивалентно-сопротивляющегося типа (тип «С»). Немного позже был выделен ещё один, четвёртый тип привязанности – небезопасная привязанность дезорганизационного типа (тип «D») [21].

Тип В - надёжная безопасная привязанность. Именно у таких детей наблюдается адекватное формирование привязанности к опекающему взрослому (матери). Такой ребёнок может не сильно огорчиться после ухода матери, но сразу тянутся к ней после её возвращения, стремясь к близкому физическому контакту. В незнакомой обстановке ребёнок охотно исследует новое пространство, «отталкиваясь» от матери как исходной точки взаимодействия с миром. Такой адаптивный, «надёжный» тип привязанности характерен для 65% детей. Дети с «надёжным», «уверенным» типом привязанности усваивают коммуникативное значение множества средств общения, используют в приспособительном поведении как интеллект, так и эмоциональное реагирование [43]. Способность к интегрированию интеллектуальной и эмоциональной информации позволяет им сформировать адекватную внутреннюю модель реальности и образцы поведения, максимально обеспечивающие безопасность и комфорт ребёнка как адекватное приспособление и являющиеся основой нормального психобиологического развития [25].

Тип А - небезопасная привязанность избегающего типа. Этот тип выявляется у 20% детей. Такие дети выглядят достаточно независимыми в незнакомой ситуации. В игровой комнате сразу же начинают изучать игрушки. Во время своих исследований не используют мать в качестве отправной точки — не подходят к ней, что означает — мать не осознаётся ребёнком как объект защиты. Когда мать покидает комнату, они не проявляют беспокойства и не ищут близости с матерью при её возвращении. Если мама пытается взять их на

руки, они стараются этого избежать, вырываясь из её объятий или отводя взгляд. Такое поведение может казаться исключительно здоровым [43]. Но реально при избегающем поведении дети испытывают серьёзные эмоциональные трудности в виде блокирования эмоциональных переживаний, их осознание. Внешняя отчуждённость таких детей часто связана с пережитым травмирующим разлучением в более раннем возрасте или частым переживанием брошенности при регулярном отсутствии взрослых в момент какой-то потребности ребёнка. Дети с «избегающим» типом привязанности научаются организовывать своё поведение без использования эмоциональных сигналов извне (от матери) и подавляя собственное эмоциональное реагирование [25].

Тип С - небезопасная привязанность тревожно-сопротивляющегося, амбивалентного типа. После ухода матери дети с таким типом привязанности очень сильно огорчаются, а после её возвращения цепляются за неё, но практически сразу же её отталкивают. Данный тип привязанности считается патологическим («ненадёжно-аффективным», «амбивалентным», «двойственным», «манипулятивным»). Определяется приблизительно у 10% детей. В незнакомой ситуации эти младенцы держатся близко к матери, беспокоясь по поводу её местонахождения, при этом практически не занимаются исследованиями пространства. Они приходят в крайнее волнение, когда мать покидает комнату, и проявляют заметную амбивалентность по отношению к ней, когда она возвращается (то приближаясь к ней, то сердито отталкивая её). Амбивалентность взаимоотношений с матерью проявляется в том, что ребёнок постоянно демонстрирует двойственное отношение к близкому взрослому — «привязанность–отвержение» — попеременно, а иногда практически одновременно. При этом перепады в обращении («привязанность–отвержение») являются стойко закреплёнными паттернами поведения, а полутона и сглаженность в эмоциональном реагировании практически отсутствуют [25].

Тип D - небезопасная привязанность дезорганизованного типа. Встречается приблизительно у 5% детей. В незнакомой ситуации после ухода матери дети либо «застывают» в одной позе, либо «убегают» от пытающейся приблизиться матери после её появления. Это «дезорганизованный, неориентированный», крайне патологический тип привязанности.

Дезорганизованный тип привязанности характерен для детей, подвергающихся систематическому жестокому обращению и насилию. Либо же подобный дезорганизованный тип РП выявляется при выраженных депрессивных состояниях у матери, которая способна выявлять «внимание» к ребёнку только в форме агрессии, большую часть времени никак не откликаясь на ребёнка вследствие «замершего» депрессивного состояния [25].

Также привязанность по типу «D» обычно сопутствует нарушенным вариантам развития детей [21].

Как было сказано выше, по мере развития ребёнка, привязанность к матери трансформируется, но не исчезает. Потребность в непосредственном физическом контакте постепенно перерастает в потребность психологической защищённости и поддержке, в доверительном общении, а также в гибком не сковывающем руководстве со стороны матери [21].

1. 2. 2. Привязанность у взрослых и её влияние на адаптацию

В настоящее время принято считать, что тот или иной тип привязанности, сложившийся в детском возрасте в результате накопления опыта взаимодействия ребенка с фигурой привязанности остается сравнительно постоянным на протяжении всей жизни человека [34]

В современных исследованиях привязанности у взрослых лиц рассматривается как «рабочая модель», которая закладывается в раннем детстве и реализуется в отношениях, играя основную роль в формировании

способности к эмоциональной близости при построении отношений с другими людьми.

Предполагается, что у детей уже к 12-18 месяцам, на основании опыта социально-эмоционального взаимодействия развивается некая рабочая модель представления себя и своих отношений с наиболее близким человеком. а в результате ее последующей интериоризации складывается базовая модель («рабочая модель»), на основе которой ребенок воспринимает и интерпретирует происходящее с ним, накапливает опыт отношений с другими людьми. Эта модель содержит:

1) систему представлений, чувств и ожиданий в отношении других людей – насколько принимающими и любящими будут окружающие;

2) ощущение себя как достойного (либо недостойного) любви, поддержки и заботы со стороны других людей [2].

Таким образом, «внутренние рабочие модели» воплощаются в виде обобщенных схем образа себя, фигуры привязанности, отношений и чувств. Вступая в новые отношения, человек подходит к ним с уже готовыми ожиданиями и способами поведения, обусловленными наличием у него прежнего опыта отношений со значимыми людьми [36].

Дальнейшая адаптация индивида и характер всех близких взаимоотношений объясняется на основе анализа четырех способностей человека, корни которых также закладываются в детстве и связаны с «базовой моделью отношений»: 1) способность в ситуации стресса или затруднения искать поддержку у близкого человека – «объекта привязанности»; 2) умение самому оказывать поддержку другим людям; 3) способность чувствовать себя комфортно и в отсутствии контакта с другими людьми; 4) умение договариваться с другими людьми.

Оптимальному развитию всех четырех способностей способствует надежный тип привязанности к матери, на основе которой и формируются по-настоящему близкие и доверительные отношения с другими людьми [2].

Нарушения привязанности приводят к формированию негативной модели себя и окружающей реальности, а также формируют деструктивные стратегии преодолевающего поведения и восприятия реальности [25].

Более того, в детстве складываются имплицитные базисные убеждения, влияющие на оценку взрослым человеком окружающего мира (с точки зрения его доброжелательности, справедливости, контролируемости и др.).

Люди с надёжным типом привязанности склонны воспринимать будущее в более позитивных тонах, уверены в собственном успехе, и собственной ценности. В трудных ситуациях они чаще полагаются на свои силы, верят возможность изменить сложившиеся обстоятельства и справедливость окружающего мира.

Люди с ненадёжным типом привязанности часто испытывают тревогу по поводу своего будущего, и склонны в целом оценивать мир и свою собственную личность негативно и критично. Нередко возникает чувство бессилия, и подчинённости судьбе [2].

Немаловажный аспект значения ранней детской привязанности для адаптации индивида во взрослом возрасте был отражен в концепции объектных отношений, разработанной Х. Кохутом.

Согласно теории Х. Кохута движущей силой для развития индивида является эмпатическое отношение объекта к субъекту. Согласно этой концепции, каждый субъект обладает потребностью в безопасности. Личная, так называемая базисная безопасность может быть выстроена только через другого человека. Без неё невозможна нормальная психическая деятельность.[10].

Необходимым условием для нормального развития ребёнка с обеспечением матерью заботы, отвечающей основным потребностям младенца. Это даёт ему уверенность в приятности и доброжелательности мира в целом, что позволяет ему быстро эмоционально развиваться. Нарушение же этого процесса вызывает отторжение окружающего мира, враждебность, замкнутость и

настороженность.

Очень значительную роль в нормальном развитии ребёнка играет *интроекция*. Это первый примитивный процесс усвоения опыта взаимоотношений с окружающими. Состоит из формирования:

- определённого образа объекта (представление об объекте);
- определённого образа себя (представление о себе);
- определённых эмоций (аффект);

Также не маловажную роль играет *идентификация*. Это процесс усвоения ребёнком определённых ролей в рамках вышеперечисленных аспектов.

Идентификация и интроекция постепенно сливаются в онтогенезе, в результате чего происходит отождествление «Я». Это явление включает в себя: ощущение тождественности личности, ощущение непрерывности личности, ощущение границ личности [10].

Правильно формирование представлений о себе и представлений об объекте на ранних этапах развития индивида отражает устойчивость саморепрезентации и репрезентаций объекта, а также представлений о взаимодействии с ними на этапе взрослой жизни.

При нормальном взаимодействии ребёнка в раннем детском возрасте с людьми, играющими наиболее существенную роль в его воспитании, формируется личностная структура, обеспечивающая гармонию между индивидуальными потребностями ребёнка и нормальными требованиями его социальной среды [10]. Это позволяет ребёнку находить приемлемое удовлетворение своих потребностей или не травматично подавлять их, что является необходимым условием для нормального социального взаимодействия взрослого организма.

Помимо исследования детско-родительских отношений, одной из важнейших сфер изучения является анализ влияния качества ранней детской привязанности на способность индивида к созданию здоровых, способствующих психическому здоровью и эффективной адаптации,

отношений (дружеских, супружеских романтических, родительских) во взрослом возрасте [56].

В раннем возрасте для ребенка надежная привязанность предполагает поиск физического контакта с матерью для реальной защиты от потенциально опасного окружения, у взрослых же привязанность можно определить скорее как стабильную тенденцию индивида к поиску и поддержанию близости или контакта с одним или несколькими индивидами, которые обеспечивают субъективно воспринимаемый потенциал для физической или психологической безопасности [36].

Сформированная привязанность (её качество) в раннем возрасте непосредственно влияет на дальнейшие успехи человека в семейной жизни, профессиональные достижения, общение в целом, определяет уровень социальной адаптированности.

Принято различать: первичную привязанность - у большинства людей возникает в раннем детстве к матери (или заменяющему ее лицу) и вторичную - объектом которой может стать учитель, сверстник, возлюбленный и т. д. Известно, что на базе первичной привязанности в процессе дальнейшей жизни развивается вторичная. Считается, что формирование безопасной эмоциональной привязанности матери и ребёнка в раннем возрасте обеспечивает основу для его последующего здорового эмоционального и социального развития [12]. Если же безопасная эмоциональная привязанность не формируется, то это может привести к хроническому чувству тревоги у ребенка, лишь частично снижаемой за счет механизмов психологической защиты, что может повлечь за собой дальнейшее патологическое развитие.

Отношения привязанности — это многогранный процесс, представляющий собой взаимодействие генетических, врожденных механизмов и приобретенного опыта. Со временем эти паттерны модифицируются и усложняются вместе со всеми психическими процессами. Принято считать, что подростковый возраст и юность (до 25 лет) — это окончательный период, когда

оказывается влияние на паттерны привязанности. В этот период (с 15 до 25 лет) приобретенные ранее модели отношений интегрируются с приобретенными физическими и психическими навыками, в результате чего формируются уже взрослые способы защиты и поиска эмоциональной близости. Эти паттерны охватывают собой все сферы социальной жизни и играют важную роль в дальнейшей адаптации индивида [18].

Люди с ненадежным типом привязанности с одной стороны могут быть эмоционально сдержанными, с другой совершенно непредсказуемыми. Их реакции могут варьироваться от покорности и угодливости по отношению к окружающим до тотальной независимости и веры только в собственные силы. По мнению П. Криттендена такие установки формируются в юности после того, как индивид обнаруживает, что он не может регулировать поведение родителей, которые, с одной стороны, являются значимыми фигурами, но с другой не дают должной защиты [45]. Нередко люди с ненадежным типом привязанности в юности пытаются найти фигуру, обеспечивающую защиту «Я», тем самым пытаясь «заместить» образ родителя, чего не наблюдается у испытуемых с надежным типом привязанности [29].

В исследованиях М. Яремчук была подтверждена взаимосвязь типа привязанности к матери с типом привязанности в романтических отношениях у старших подростков. Механизм подобной связи, по мнению автора, закладывается в наличие эмоционального опыта, представлений о себе и партнере вынесенного из родительской семье, который определяет ожидания относительно поведения партнера и направляют собственное поведение [36].

Согласно исследованиям Engels, тип привязанности к матери умеренно связан с социальными навыками старших подростков (15-18 лет), что, в свою очередь, сказывается на компетентности в дружбе и романтических отношениях. У подростков 12-14 лет такой взаимосвязи обнаружено не было,

однако родительская привязанность оказалась значимым фактором для эмоциональной адаптации подростков в обеих возрастных группах [50].

Kobak R.R. оценивал подростков с надежным типом привязанности, как более устойчивых и менее тревожных, обладающих меньшей враждебностью по отношению к сверстникам, ищущих социальную поддержку в качестве ресурса. Подростки же с тревожно амбивалентным и ненадежными типами привязанности имели более низкий уровень эго-устойчивости, большую враждебность по отношению к окружающим и обнаруживали склонность к изоляции [52].

В исследованиях Bartholomew также подтверждается взаимосвязь типа привязанности с образом себя и окружающих. Испытуемые с ненадежным типом привязанности оценивали себя и окружающих более негативно по сравнению с респондентами с надежным типом привязанности [46].

Однако Davila, изучая девушек закончивших школу, обнаружила, что ненадежный тип привязанности не обязательно будет в полной мере проецироваться на отношения во взрослом возрасте, но, даже если человек с негативным детским опытом смог сформировать надежную привязанность к кому либо, эти отношения будут иметь более ненадежный и нестабильный характер по сравнению с отношениями построенными респондентами с надежным типом привязанности [48].

Помимо вышеизложенного, для более полного анализа проблемы, не маловажным является рассмотрение специфики используемых защитно-совладающих механизмов личности в зависимости от типа привязанности.

1. 2. 3. Механизмы психологической защиты и копинг-стратегии в контексте ранней детской привязанности к матери

В рамках глубинного психодинамического подхода одним из ведущих является такое понятие, как «адаптационный потенциал личности» - это

способность личности к структурным и уровненным изменениям своих качеств и свойств, что повышает её организованность и устойчивость. [10].

Механизмы совладания (копинга) и механизмы психологической защиты рассматриваются как способы регуляции адаптационных ресурсов, а также как способ организации их в структуре адаптационного ответа.

Понятия «механизмы психологической защиты» и копинг-поведение рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов и реагирования индивидом на стрессовые ситуации. Данные процессы дополняют и координируют работу друг друга. Ослабление психического дискомфорта осуществляется в рамках неосознанной деятельности психики с помощью механизмов психологической защиты. Копинг-поведение используется как стратегия действий личности, направленной на устранение ситуации психологической угрозы [58]. Диапазон используемых человеком в процессе жизни копинг-стратегий во многом зависит от структуры ведущих типов психологической защиты, которые сложились в раннем детстве во многом под влиянием привязанности [57].

Согласно теории Плутчика в онтогенезе в числе первых возникают механизмы, связанные с перцептивными процессами, такие защиты связаны с невидением, непониманием информации. К этой группе относятся отрицание и регрессия, а также их аналоги. Они выступают как наиболее примитивные и характеризуют «злоупотребляющую» ими личность как эмоционально и личностно менее зрелую. Затем возникают защиты, связанные с процессами памяти, а именно с забыванием информации (вытеснение и подавление). Самыми последними, по мере развития процессов мышления и воображения, формируются и наиболее сложные и зрелые виды защит, связанные с переработкой и переоценкой информации (рационализация) [15].

Наиболее эффективным и адаптивным считается использование более сложных психологических защит. Это напрямую связано с психической

устойчивостью личности и её эмоциональной зрелостью[4].

Копинг – это индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями. Под «копингом» подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные, эмоциональные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними и внутренними требованиями [58]. Выбор той или иной модели копинг-поведения обусловлен как индивидуальными психологическими особенностями (темперамент, уровень тревожности, особенности мышления и характера), так и социально-психологическим опытом личности [1].

Копинг-стратегии отличаются от психологических защит по нескольким критериям: копинг в отличие от психологических защит всегда носит осознаваемый характер и имеет произвольную природу процессов, также копинг носит активный характер приспособления[27].

С точки зрения адаптивности, копинг-стратегии можно разделить на: 1) продуктивный копинг (работа над преодолением проблемы с сохранением оптимизма и взаимодействия с окружающими), 2) непродуктивный копинг (изоляция в связи с неспособностью противостоять проблеме), 3) обращение к другим (за поддержкой в решении проблемы).

В литературных источниках имеются данные о том, что привязанность в большей степени связана механизмами психологической защиты, нежели с копинг-стратегиями. Согласно результатам полученным в исследовании Rihard А. прямой взаимосвязи типа ранней детской привязанности к матери с используемыми способами совладающего поведения обнаружено не было. Респонденты с ненадежным типом привязанности показали большую напряженность некоторых копинг-страегий, однако эти данные требуют дальнейшей проверки и исследованный [44].

Согласно концепции психической травмы, в психотравмирующей ситуации рабочие модели мира и себя, формирующиеся во многом на базе

ранней детской привязанности оказываются частично или полностью нарушены, объекты привязанности становятся недоступны или их реакции могут не совпадать с ожидаемым прогнозом. Результатом конфронтации с ситуацией, противоречащей актуальной рабочей модели индивида, может стать с одной стороны пересмотр этой модели, либо, с другой, ригидное следование уже имеющейся схеме. Выбор той или иной модели поведения во многом обеспечивается имеющимися у индивида механизмами психологической защиты. Люди обладающие надежным типом привязанности легче перестраивают рабочую модель в зависимости от адаптации, что обеспечивает более эффективную адаптацию, индивиды же обладающие ненадежным типом привязанности в психотравмирующих ситуациях склонны действовать ригидно и подкреплять уже существующие не адаптивные убеждения и отношения [14]

В исследовании Федотова Н. А было обнаружено, что респонденты, обладающие ненадежным типом привязанности, обнаруживают большую напряженность психологических защит в целом. Наиболее часто используемыми механизмами оказались: регрессия, компенсация, проекция и замещение, что имеет менее благоприятные характеристики для налаживания межличностных отношений [33].

Из всего перечисленного можно сделать вывод, что формирование надёжного типа привязанности является определяющим для психологического, социального и личностного развития ребёнка на протяжении всей его дальнейшей жизни в результате закрепления чувства экзистенциальной безопасности и навыков решения сложных ситуаций, что и является основой психического здоровья растущей личности [25].

1. 3. Привязанность и психопатология

В последние годы теория привязанности, начала применяться не только для описания и объяснения детско-родительских отношений, но и при исследовании психологических процессов, таких как межличностное функционирование, эмоциональная регуляция, совладание со стрессом и психическое здоровье [54].

Исследование процессов привязанности у взрослых позволило доказать влияние индивидуальных различий, определяемых привязанностью, на способ совладания со стрессом, преодоления дистресса и сохранения психологической устойчивости [54].

Стабильные и безопасные отношения обеспечивают устойчивую организацию эмоциональных и поведенческих паттернов, тогда как риск и опасность вызывают страх и, в конце концов, приводят к дезорганизации [20].

Испытываемый матерью эмоциональный дискомфорт в отношениях с другими повышает потребность ребенка в присутствии матери. Так, негативные переживания матери повышают внутреннюю потребность ребенка в материнском присутствии, что, вероятно, повышает его зависимость от матери. Из-за повышенной зависимости ребёнок не до получает внимания от матери, в связи с чем возникает тревога, искажение образа окружающей среды и недостаток информации. Сложившиеся таким образом взаимоотношения в диаде «мать – ребенок» создают ситуацию «вложения» в ребенка материнской тревоги, напряженности, что в последствии может фиксироваться в неадаптивных механизмах психологической защиты и транслироваться на построение стратегий взаимодействия с окружающим миром [20].

Также на основе защищающей безопасной привязанности строятся «внутренние модели привязанности». На основе этой внутренней модели привязанности развиваются системы доверия и когнитивные системы переработки восприятий, с помощью которых ребенок, а впоследствии и

взрослый, оформляет свой образ окружающего мира [24].

Если у индивида возникает потребность в близости и поддержке, и объекты привязанности доступны, эмоционально чувствительны и отзывчивы в этот момент, то это формирует стабильное чувство безопасной привязанности, что способствует позитивному психическому образу себя и других. В случае же, если объекты привязанности не являются надежно доступными и поддерживающими, то поиск близости не приводит к ослаблению дистресса, чувство безопасности оказывается подорванным, формируются негативные модели себя и других, а вероятность появления в будущем эмоциональных проблем и дезадаптации возрастает [54].

Таким образом, взаимодействие с доступными и поддерживающими объектами привязанности создает чувство безопасности, способствует возникновению положительных эмоций (таких как успокоение, удовлетворение, благодарность, любовь) и обеспечивает человека психологическими ресурсами для преодоления проблем и неприятностей. Люди, обладающие безопасным стилем привязанности, более эффективно справляются со стрессом, быстрее восстанавливаются от эпизодов дистресса и переживают более длительные периоды положительных эмоций, что способствует общему эмоциональному благополучию и психическому здоровью [54].

Согласно теории привязанности и данным исследований, недостаток чувствительности и отзывчивости родителей приводит к расстройствам самости, что характеризуется недостаточной целостностью «я», сомнениями на тему собственной внутренней цельности и непрерывности в течение времени, нестабильной самооценкой и чрезмерной зависимостью от одобрения другими людьми. Люди с ненадёжной привязанностью предрасположены к избыточной самокритичности, мучаются от неуверенности в себе, склонны к использованию таких защит, как деструктивный перфекционизм, и часто вынуждены бороться с чувствами бесполезности и безнадежности. Эти

дисфункциональные убеждения о себе не только усиливают дезадаптацию личности, но и увеличивают риск развития психических расстройств [54].

В отличие от людей, чувствующих относительную безопасность, индивиды с ненадёжным типом привязанности часто демонстрируют защищенность и самообладание, но оставляют подавляемый дистресс неразрешенным, что возникает в результате использования неэффективных механизмов психологической защиты и копинг-стратегий [49].

Руттер утверждает, что недостаточная привязанность в раннем возрасте может быть фактором риска развития психического расстройства у взрослого в дальнейшем, путем взаимодействия с другими факторами, уменьшающими или увеличивающими психическую сопротивляемость человека, повышающими или снижающими риск развития психического расстройства в зрелом возрасте. Таких людей можно отнести к индивидам, чьи «внутренние модели» не способны справляться со стрессогенными факторами и у которых выработались дезадаптивные формы поведения в ответ на внешние или внутренние конфликты [24].

Mikulincer и Shaver считают, что расположение человека в двухмерном концептуальном пространстве, образованном осями тревоги и избегания, отражает как степень ощущения безопасности привязанности, так и способы, которые используются им для совладания с опасностями и дистрессом. Люди с небольшим числом баллов по этим показателям, как правило, чувствуют безопасность, используют конструктивные и эффективные стратегии регуляции аффекта. Те, кто имеют высокие баллы по тревоге или по степени избегания (или по обоим показателям), страдают от ощущения небезопасности и склонны полагаться на вторичные стратегии привязанности, либо деактивирующие, либо гиперактивирующие их систему привязанности в стремлении совладать с опасностью [54].

Исходя из всего выше изложенного, можно сделать вывод, что изучение ранней детской привязанности является актуальным вопросом для всех сферах психологической науки, так как подобного рода исследований на сегодняшний день недостаточно. Более детальное изучение привязанности может позволить взглянуть на различные психологические феномены под иным углом и внести коррективы в разработку программ психологической помощи.

1. 2. Понятие шизотипическое расстройство

1. 2. 1. Место шизотипического расстройства в МКБ-10 и DSM-IV

Шизофрения на сегодняшний день является одним из самых сложных по своей структуре психических расстройств. Данное заболевание в большинстве случаев возникает в юношеском возрасте, имеет хроническое течение и ведет к существенному нарушению адаптации индивида и нередко приводит к инвалидизации [35].

Шизотипическое расстройство встречается примерно у 3% популяции (2017), практически одинаково распространено, как среди женщин (47%), так и среди мужчин (53%). Шизотипическое расстройство также, как и большая часть заболеваний шизофренического спектра в большинстве случаев возникает в юношеском или раннем взрослом возрасте и имеет относительно благоприятный прогноз.

Шизотипическое расстройство является наиболее сложным и неоднозначным заболеванием, вызывающее в мировой и отечественной психиатрии огромное количество дискуссий и вопросов. Это в первую очередь касается места данного заболевания в DSM-5 (относится к группе расстройств личности) и МКБ- 10 (относится к группе заболеваний шизофренического спектра), а в связи с этим и способов диагностики и реабилитации больных данной категории. Об этом речь пойдет ниже[11].

Шизотипическое расстройство, согласно современной классификации относится к классу аутохтонных непсихотических расстройств, манифестация и возникновение которых не могут быть убедительно аргументированы одним лишь воздействием экзогенных, ситуационных, психогенных или соматогенных факторов. По этому вопрос о выделении данного заболевания в отдельную категорию остаётся дискуссионным.

Шизотипическое расстройство — это широко представленные состояния определяемые в рамках клинико-нозологической парадигмы как вариант

аутохтонного процесса с относительно благоприятным течением и относимые к расстройствам шизофренического спектра, в котором составляют от 16,9 — 20,4%, до 28,5 — 34,9% [16].

Согласно международной классификации болезни десятого пересмотра, шизотипическое расстройство находится в разделе F20-F29 «Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства».

Этот блок включает в себя шизофрению, как основополагающую часть данного раздела, а также шизотипическое расстройство, устойчивые бредовые расстройства, группу острых переходящих психотических расстройств, индуцированное бредовое расстройство, шизоаффективные расстройства, другие и не уточнённые неорганические психотические расстройства.

Собственно шизотипическое расстройство находится под номером F21 и описывается следующим образом: «Расстройство, характеризующееся эксцентричным поведением, аномалиями мышления и эмоциональных реакций, похожими на те, которые имеют место при шизофрении, однако отчетливые и характерные для шизофрении нарушения не обнаруживаются ни на какой стадии болезни. Симптомы могут включать холодность или неадекватность эмоциональных реакций, странное или эксцентричное поведение, склонность к социальной изоляции, параноидные или необычные идеи, не достигающие до явно выраженного бреда, болезненную навязчивость, нарушение мышления и расстройства восприятия, редкие преходящие квазипсихотические эпизоды с выраженными иллюзорными ощущениями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредовыми идеями, обычно возникающими без видимых причин. Отсутствует определенность начала болезни и ее развития, а ее течение обычно такое же, как и при расстройстве личности [37].

В DSM-IV шизотипическое расстройство относится к кластеру «А» «Личностные расстройства», вместе с параноидным и шизоидным расстройством личности. Описывается как проявление социального и межличностного дефицита, сопровождающегося острым дискомфортом и

сниженной способностью к формированию близких отношений. Также у пациентов отмечается выраженное когнитивное и перцептивное искажение и эксцентричность в поведении. Обычно расстройство начинается в ранней юности [40].

Для постановки диагноза «Шизотипическое расстройство», согласно DSM-V, должны быть представлены как минимум 5 из перечисленных симптомов:

- Идеи отношения;
- Странные убеждения или мистическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с культуральными нормами (например, суеверия, вера в ясновидение, телепатию или шестое чувство, у детей и подростков причудливые фантазии или занятия);
- Необычный перцептивный опыт, в том числе телесные иллюзии;
- Странное мышление и речь (например, расплывчатость, многословность, метафоричность, чрезмерная детализация, или стереотипность);
- Подозрительность;
- Странное, эксцентричное или необычное поведение или внешность;
- Отсутствие близких друзей или знакомых, кроме близких родственников,
- Чрезмерная социальная тревожность, которая не снижается в знакомой среде и связана скорее с паранойяльными страхами, чем с негативными суждениями о себе [40].

В целом, шизотипическое расстройство отличается от шизоидной психопатии большим разнообразием странностей в поведении и мышлении, а от шизофрении отсутствием основных характерных для неё психотических проявлений, однако с практической точки зрения провести такое разделение не просто. На основании этого принято выделять несколько форм

шизотипического расстройства. В данной работе мы подробно рассмотрим только неврозоподобную форму данного заболевания [26, 116].

1. 1. 2. Неврозоподобная форма шизотипического расстройства (F21.3)

В рамках шизотипического расстройства выделяют несколько основных форм:

- Латентная шизофрения (F21.1). Включаются предпсихотическая шизофрения и продромальная шизофрения.

- Шизофреническая реакция (F21.2).

- Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения (F21.3).

- Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения (F21.4). Включается пограничная шизофрения.

- «Бедная симптомами» шизофрения (F21.5). Данная форма проявляется преимущественно негативными симптомами.

- Шизотипическое расстройство личности (F21.8).

Также существует подрубрика «не уточнённое шизотипическое расстройство» (F21.9), которую применяют, когда для достоверной диагностики не хватает данных [37].

В данном разделе мы подробно рассмотрим неврозоподобную шизофрению, поскольку исследование, о котором речь пойдёт ниже, было проведено на выборке с данной формой шизотипического расстройства.

Если психопатологические проявления сохраняют сходство с неврозами и определяют течение других заболеваний такие состояния классифицируются как псевдоневрозы [30].

Мясищевым были сформулированы общие критерии псевдоневроза:

- Развитие и течение обсессивно-фобической симптоматики вне тесной связи с психологической травмой;

- Отсутствие зависимости между динамикой болезненных проявлений и изменения патогенной ситуации;

- Стереотипный характер психопатологических расстройств;

- Изменчивость и разнообразие их содержания [30];

Первые проявления заболевания обычно возникают в виде кратковременных эпизодов ещё в детском возрасте, а стойкие психопатологические образования формируются в 18 — 20 лет [30].

Отличительной особенностью неврозоподобной шизофрении является тенденция к стабилизации болезненного процесса. Возможны два варианта течения заболевания: у одних больные после нескольких приступов формируются стойкие псевдоневротические состояния, которые остаются относительно стабильны на протяжении длительного времени, у других развитие заболевания приобретает непрерывный характер с медленным развитием симптоматики [30].

Несмотря на это, неотъемлемой частью динамики псевдоневрозов является нарастание психопатических изменений. У больных с временем усиливаются психическая ригидность, обстоятельность мышления, утрированный педантизм, гипертрофированное стремление к чистоте и порядку, нередко на первый план выступают истерические черты. На ряду с психопатическими изменениями, постепенно на первый план всё больше начинают выступать девиации шизоидного круга [30].

Неврозоподобная форма шизотипического расстройства включает в себя широкий круг тревожно-фобических проявлений и навязчивостей.

Среди тревожно-фобических расстройств чаще всего доминируют панические атаки с нарастанием частоты, интенсивности и продолжительности а также сокращением длительности промежутков между приступами. Данные атаки имеют определённую специфику: обычно они длительны и сочетаются с тревогой, страхом потери контроля над собой, сумасшествия, либо протекают с преобладанием сомато-вегетативных расстройств [39].

Навязчивости обычно формируются на более поздних этапах заболевания и сочетаются с формирующимися негативными изменениями (олигофреноподобный, псевдоорганический дефект, дефект типа «фершробен»). Обычно наблюдается навязчивое мудрствование, потребность в разрешении бесполезных или неразрешимых вопросов, повторяющиеся попытки раскрыть смысл того или иного выражения и т. д. [39, 445].

Поскольку, обычно при длительном с стаже заболевания происходит формирование стойких психопатологических расстройств, определяющих картину псевдоневроза, социальная адаптация значительно снижается. Однако многим пациентам удаётся довольно успешно скрывать свой недуг и вести полноценную социальную жизнь, не смотря на то, что строй их жизни существенно меняется [30].

1. 1. 3. Биопсихосоциальная модель и шизотипическое расстройство

На сегодняшний момент, разработка новых методов лечения и реабилитации при шизофрении и шизотипическом расстройстве является очень актуальным и во многом дискуссионным вопросом среди специалистов во всем мире [9]. Современный взгляд на причины возникновения и методы помощи при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра основан на взаимосвязи биологических, психологических и социальных факторов, что позволяет получить более широкий взгляд на проблему и комплексно подойти к лечению заболевания. В литературе имеются многочисленные данные, что именно такой подход является наиболее эффективным, снижающим длительность госпитализаций и риск возникновения рецидива [35].

Биопсихосоциальная модель шизофрении предполагает комплексный взгляд на генез заболевания, в котором учувствуют биологические, социальные и индивидуально-психологические факторы.

На сегодняшний момент доказано, что социальные факторы оказывают существенное влияние на течение шизофрении и заболеваний шизофренического спектра. Одну из важнейших ролей играет семья и взаимоотношения внутри семьи, которые как могут оказывать деструктивное влияние на больного, так и служить источником поддержки, обеспечивающей улучшение состояния [3], [41].

Во многих исследованиях, а в частности в исследовании Юровской Е. М. было показано, что на уровень адаптации, течение заболевания и дальнейший прогноз у больных шизофренией оказывают влияние не только клинические показатели заболевания, но и личностные особенности родителей, особенности структуры родительской семьи, внутрисемейная коммуникация, отношения между родителями и стиль воспитания. Нередко, определенные особенности личности родителей обеспечивают условия для неблагоприятного течения и развития заболевания, что часто встречается в дисгармоничных, эмоционально отчужденных семьях, в семьях с амбивалентным стилем воспитания и в семьях с зависимым типом отношений [35].

ГЛАВА 2. Методы и организация исследования

Целью данного исследования являлось изучение влияния типа ранней детской привязанности на социально-психологическую адаптацию и эффективность восстановительного лечения больных шизотипическим расстройством.

Исходя из поставленной цели были сформулированы следующие *задачи*:

1. Диагностика типа привязанности у больных шизотипическим расстройством;
2. Изучение взаимосвязи типа привязанности с психическим состоянием у больных шизотипическим расстройством: анализ уровня дистресса, его интенсивности, многообразия симптомов и тяжести их проявления;
3. Изучение механизмов психологической защиты собственных больным с ненадёжным типом привязанности и надёжным;
4. Выявление влияния типа привязанности на используемые копинг-стратегии у больных шизотипическим расстройством;
5. Изучение взаимосвязи уровня ситуативной и личностной тревожности с типом привязанности к матери у больных шизотипическим расстройством;
6. Изучение эффективности восстановительного лечения, качества терапевтического контакта и уровня комплаенса с лечащим врачом, в зависимости от типа привязанности у больного;
7. Сравнительный анализ показателей по всем ведущим шкалам проводимого исследования группы здоровых испытуемых и больных шизотипическим расстройством, в зависимости от типа привязанности.

Были сформулированы следующие *гипотезы*:

1. Ненадёжный тип привязанности к матери предполагает снижение социально-психологической адаптации как у больных, так и у здоровых.

2. Ненадежный тип привязанности отражается на контакте с лечащим врачом и на эффективности восстановительного лечения.

Объектом исследования являлись: больные неврозоподобной формой шизотипического расстройства.

Предметом исследования являлось: взаимосвязи типа ранней детской привязанности с социальной и психологической адаптацией.

2. 1. Материалы исследования

Выборку исследования составили 81 человек в возрасте от 17 до 25 лет, средний возраст выборки составил 22, 02 года (стандартное отклонение - 2, 574 года). Из них 42 - женщины и 39 - мужчины.

В соответствии с дизайном исследования, все испытуемые были разделены на две группы: здоровые испытуемые и больные шизотипическим расстройством. Внутри каждой группы респонденты делились по типу привязанности: надёжный тип привязанности и ненадежный тип. Первая группа (здоровые испытуемые) включила в себя 40 человек: 20 с надежным типом и 20 с ненадежным типом привязанности к матери. Средний возраст составил 21, 68 лет (стандартное отклонение — 2, 454 года), из них 25 женщин и 15 мужчин.

В экспериментальную группу (больные шизотипическим расстройством) вошли 41 человек, 23 из которых обладали ненадежным типом привязанности к матери, а 18 надёжным типом. Средний возраст группы составил 22, 37 года (стандартное отклонение — 2, 672), из них 24 мужчин и 17 женщин. Испытуемые были набраны на базе 10 отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Критериями включения в исследование явились:

1. Возраст от 16 до 25 лет, так как методика для определения типа

привязанности Яремчук изначально была разработана для подростков, но в последствии была модифицирована и использовалась в некоторых исследованиях для людей юношеского возраста. Для более взрослых людей она может давать некорректные результаты, поскольку влияние привязанности на адаптацию с возрастом сглаживается [36].

2. Для испытуемых второй группы - наличие шизотипического расстройства, так как данное психическое расстройство является наиболее легким из заболеваний шизофренического спектра и дефект и дезадаптация, возникающие в результате воздействия данного заболевания, не должны перекрывать влияние индивидуальных психосоциальных особенностей [21].

Следует отметить, что в начале математической обработки материала выборка была проверена на однородность показателей данных испытуемых. Оценка была проведена с помощью χ^2 -Пирсона и показала отсутствие значимых различий между группами, что позволило их дальнейшее сравнение.

В исследуемых группах помимо упомянутых выше также изучались следующие социально демографические характеристики, которые представлены в таблице 1

Таблица 1

Социально-демографические характеристики выборки

Социально-демографические характеристики		Группа (Количество респондентов)	
		Здоровые (n=40)	Больные шизотипическим расстройством (n=41)
Возраст	Диапазон	17 - 25 лет	18 - 25 лет
	М (SD)	21, 68 лет (2,45)	22, 37 лет (2,67)
Пол	М	37,5% (n=15)	58,5% (n=24)

	Ж	62,5% (n=25)	41,5% (n=17)
Семейное положение	Длительные партнерские отношения	22,5% (n=9)	9,7% (n=4)
	Партнерские отношения	25% (n=10)	7,3% (n=3)
	Нет отношений	52,5% (n=21)	82,9% (n=34)
Дети	Есть	0% (n=0)	7,3% (n=3)
	Нет	100% (n=40)	92,6% (n=38)
Уровень образования	Неоконченное среднее	7,5% (n=3)	0% (n=0)
	Среднее специальное	20% (n=8)	48,8% (n=20)
	Неполное высшее	42,5% (n=17)	22% (n=9)
	Высшее	30% (n=12)	29,3% (n=12)
Занятость	Не работает и не учится	2,5% (n=1)	46,3% (n=19)
	Учеба	57,5% (n=23)	29,2% (n=12)
	Работа	25% (n=10)	24,3% (n=10)
	И Работа и учеба	12,5% (n=5)	0% (n=0)
	Служба в армии	2,5% (n=1)	0% (n=0)

Помимо данных, приведенных в таблице, для второй группы у лечащего врача был собран анамнез о времени начала заболевания. Таким образом в группе больных 39% (n=16) имели признаки раннего психического диатеза (имеющие более неспецифический характер), и 61% (n=25) - признаки позднего психического диатеза (имеющие более специфический характер, преимущественно в виде различных атипичных аффективных состояний).

Таким образом, выборку исследования составляют молодые люди с различными социально-демографическими характеристиками. Респонденты первой группы — здоровые люди, респонденты второй — люди больные шизотипическим расстройством, проходящие лечение на 10 отделении НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

2.2 Процедура исследования

Исследование проводилось на базе 10 отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных, Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Для отбора участников сотрудниками отделения предоставлялись данные медицинских карт пациентов, проходящих лечение на отделении. Основным критерием отбора являлись: возраст до 25 лет и тип заболевания (шизотипическое расстройство, неврозоподобная форма). Далее, вместе с лечащим врачом, выбранным больным сообщалось о необходимости пройти исследование, и обговаривалось удобное время для его прохождения.

Набор контрольной группы производился с помощью приглашения к участию в исследовании людей подходящих по возрасту в социальных сетях. В контрольную группу отбирались лица молодого возраста до 25 лет, не состоящие на учете у психиатра.

Испытуемым была представлена информация о содержании исследования, о количестве времени, необходимого для прохождения методик (около 40 минут) и о возможности получить обратную связь по индивидуальным результатам опросников. Все испытуемые были информированы об анонимности полученных данных и давали устное согласие на участие в исследовании. Информация, предоставленная испытуемыми, оставалась строго конфиденциальной и использовалась только для общей математической обработки данных.

Все испытуемые заполняли необходимые методики в программе Google Docs. Методики и вопросы структурированного интервью были внесены в данную форму с сохранением всех инструкций и текстов. Больные заполняли форму в присутствии экспериментатора, здоровым же испытуемым ссылка на форму высылалась на личный электронный адрес.

Целесообразность использования форм Google Docs объясняется следующим:

- 1) При заполнении методик в Google Docs, возможность намеренного или случайного пропуска какого-либо вопроса исключается;
- 2) Интерфейс программы прост и понятен в использовании;
- 3) Участник имеет возможность заполнить форму в удобное для себя время;
- 4) Использование Google Docs существенно экономит затрачиваемые ресурсы и позволяет оптимизировать процесс обработки результатов.

В первую очередь, испытуемые отвечали на вопросы структурированного интервью, далее участникам исследования предлагалось ответить на вопросы пяти методик, о которых более подробно речь пойдет ниже.

Также для группы больных проводилась беседа с лечащим врачом, который оценивал уровень социальной адаптации до и после восстановительного лечения, а также оценивал качество терапевтического контакта и комплаенса при взаимодействии с больным.

При индивидуальном запросе испытуемым обеих групп давалась обратная связь в течении 2-3 недель. Обратная связь предоставлялась при личной встречи, как краткий устный отчет по методикам.

Данные испытуемых были занесены в таблицы Excel с анонимным обозначением номеров респондентов. Окончательный вид таблиц был использован для математической обработки данных.

2.3. Методы исследования

В данном исследовании были использованы следующие экспериментально-психологические методики: специально разработанное нами структурированное интервью Опросник для определения типа привязанности к матери (Яремчук М.В. , 2006) в модификации О.В. Алмазовой и Г.В. Бурменской (Алмазова О.В., Бурменская Г.В. 2015), симптоматический

опросник SCL-90R («Simptom Check List-90-Revised»; Derogatis, Rickels, Rock, 1976), опросник для изучения способов совладающего поведения (Р. Лазарус, С Фолкман (WCQ, The Waysof Coping Questionnaire, 1988); методика для выявления механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля» (LSI, Life style index – (Р. Плутчик, в адапт. Вассерман Л.И. и др., 1998); интегративный тест тревожности (НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева к.пс.н. А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005), шкала оценки функционирования А. П. Коцюбинского.

2.3.1 Структурированное интервью

Для данного исследования нами было разработано структурированное короткое интервью для получения социально-демографических данных испытуемых. В него вошел стандартный набор закрытых вопросов, касающихся социально-демографических характеристик и, для здоровых испытуемых, было добавлено два вопроса касательно степени удовлетворенности своими семейными и партнерскими отношениями. Таким образом, анкета для здоровых испытуемых составила 9 вопросов, а для больных — 7. Сокращение анкеты для больных было связано с тем, что часть испытуемых обследовалась ранее и на тот момент собирались исключительно социально-демографические данные, возможности дополнить которые, на данный момент, уже нет. Бланк структурированного интервью представлен в Приложении А

2.3.2 Опросник для определения типа привязанности к матери (Яремчук М.В. , 2006) в модификации О.В. Алмазовой и Г.В. Бурменской

Данная методика была разработана М. В. Яремчук в 2006 году для её работы по изучению особенностей привязанности в детско-родительских отношениях и отношениях любви у старших подростков.

Опросник включает в себя 11 троек высказываний, соответствующих трём

классическим типам привязанности (Приложение Б). Испытуемому предлагается выбрать по одному высказыванию из каждой тройки - отдельно для матери, отдельно для отца (в данном исследовании оценивались только отношения с матерью) [36].

Обработка результатов проводится путем подсчета количества выбранных пунктов, сопоставимых с тем или иным стилем привязанности. Если испытуемый набирал более семи баллов по пунктам соответствующим избегающему или тревожно-амбивалентному типам, то привязанность оценивалась как ненадежная. В случае с пограничным количеством баллов (7 баллов) выбранные варианты оценивались качественно, исходя из чего делался вывод о преобладающем типе привязанности к матери.

Данная методика была взята нами из исследования Алмазовой, в котором она была опробована на лицах юношеского возраста (младше 25 лет) и были получены результаты, сопоставимые с данными, исследования Яремчук. Также автор делила испытуемых по типу привязанности выделяя надежный и ненадежный тип. Алмазова в своей диссертации отмечает, что М. Микулинцер и Ф. Шейвер, считают целесообразным различать два основных, ведущих (а не три, как у М. Эйнсворт и М. Мейн) типа привязанности: 1) надежную, для которой характерна низкая выраженность тревоги, страха быть покинутым и избегания, связанного с переживанием дискомфорта при взаимодействии, 2) ненадежную, для которой характерны приведенные выше признаки - оба или только один. Подобный вариант соответствовал и целям нашего исследования, поэтому выбор данной методики оказался целесообразен [2].

2.3.3 Симптоматический опросник SCL-90R

Методика SCL-90-R («Symptom Check List-90-Revised») была создана группой ученых Derogatis, Rickels и Rock в 1976 на основе Hopkins Symptom checklist (HSCL) которая, в свою очередь, была создана на основе «Шакалы дискомфорта», разработанной в 1954 году для оценки эффективности

психотерапии.

Валидизирована данная методика была уже в 1976 году. Были проверены на валидность 9 шкал, вошедших в итоговый вариант опросника и проведена корреляция с ММРІ.

В России SCL-90R был адаптирован в 2001 году Н. В. Тарабриной (Институт психологии РАН, лаборатория психологии посттравматического стресса и психотерапии) [60].

Методика включает в себя следующие шкалы:

1. Соматизация — отражает дистресс связанный с ощущением телесной дисфункции, которая может локализоваться в любой части организма и быть связана, как с прямым воздействием физиологических факторов, так и с психо-эмоциональным состоянием.
2. Обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости) — психосоматические симптомы, возникающие в ответ на психо-эмоциональное состояние индивида, выражающиеся в навязчивых действиях или мыслях, прекратить которые человек не в состоянии.
3. Сензитивность — симптомокомплекс выражающийся в чувстве собственной неполноценности по сравнению с другими людьми, сильном дискомфорте при межличностном общении и повышенной чувствительности к реакциям со стороны окружающих.
4. Депрессия — шкала отражающая широкое проявление симптомов клинической депрессии.
5. Тревожность — отражает уровень манифестированной тревожности как ситуативной, так и личностной.
6. Враждебность — включает в себя мысли чувства или действия являющиеся аффективным проявлением злости.
7. Навязчивые страхи (фобии) — стойкая реакция страха на определенные предметы, ситуации или людей.

8. Паранояльность — отражает симптомы выраженные в нарушениях мышления по шизофреническому типу.

9. Психотизм — шкала отражающая общую предрасположенность к возникновению психоза.

Также опросник содержит несколько индексов второго порядка: Общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PDSI), общее число утвердительных ответов (PSI) [60].

Обработка методики включает себя суммирование баллов по каждой из шкал и деление на количество пунктов этой шкалы. Для оценки PSI необходимо подсчитать общее количество неотрицательных ответов, GSI - общий балл всего теста, деленный на количество вопросов (90) и PDSI - индекс GSI разделенный на индекс PSI.

Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов.

Индекс GSI является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида. Индекс PDSI представляет собой измерение интенсивности дистресса и, кроме того, может служить для оценки «стиля» выражения дистресса испытуемого: проявляет ли испытуемый тенденцию к преувеличению или к укрытию своих симптомов. Индекс PSI отражает широту диапазона симптоматики индивида [59].

Бланк методики представлен в Приложении В

2.3.4 Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса

Опросник «Способы совладающего поведения» (ССП) был разработан Р. Лазарусом и С. Фолкман в 1980 году для определения используемых человеком копинг-стратегий. В дальнейшем, методика неоднократно модифицировалась и только к 1998 году включала в себя 66 утверждений объединенных в 8 шкал [51].

В 2004 году методика была сокращена до 50 пунктов и валидизирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк и М.С. Замышляевой на российской популяции, также была проведена дополнительная стандартизация опросника для широкого круга психически больных и здоровых лиц в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева [19], [8].

Опросник состоит из 50 утверждений, каждое из которых отражает вариант поведения в трудной ситуации. Испытуемому необходимо оценить как часто он ведет себя тем или иным образом в стрессовой ситуации: 0 — никогда, 1 — редко, 2 — иногда, 3 — часто.

Данная методика включает в себя восемь шкал, отражающих основные копинг-стратегии:

1. Конфронтация — активное, в некоторых случаях агрессивное противостояние стрессовой ситуации.
2. Дистанцирование — отстранение от ситуации, обесценивание, снижение значимости переживаний.
3. Самоконтроль — высокий контроль собственных эмоций и поведения в стрессовой ситуации.
4. Поиск социальной поддержки — в стрессовой ситуации обращение к внешним ресурсам.
5. Принятие ответственности — признание своей роли в возникшей ситуации.
6. Бегство-избегание — отрицание наличия проблемы, отвлечение на менее значимые стимулы, пассивность и тд.
7. Планирование решения проблемы — продуманное и последовательное решение возникшей проблемы.

8. Положительная переоценка – переосмысление проблемной ситуации как стимула для дальнейшего личностного роста.

Обработка результатов проводится путем подсчета баллов по каждой из шкал. Далее полученное число делится на количество вопросов в шкале и умножается на 100%.

Выше представленные копинг стратегии следует считать адаптивными только в случае если они выражены умеренно (от 40 до 60 баллов). Как редкое использование стратегии (меньше 40 баллов), так и выраженное её предпочтение (больше 60 баллов) считаются не адаптивными [60].

Текст методики представлен в Приложении Г

2.3.5 Методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика

Опросник Плутчика-Келлермана-Конте (LSI, Life style index) - Методика Индекс жизненного стиля (ИЖС) был разработан Р. Плутчиком в соавторстве с Г.Келлерманом и Х.Р.Контом в 1979 году.

Теоретической основой методики послужила теория эмоций созданная Плутчиком, согласно которой предполагается, что существует 8 базисных защит, которые тесно связаны с 8 базисными эмоциями, которые обеспечивают адаптацию индивида.

Первоначально методика включала в себя 16 шкал и 224 вопроса, однако в последствии тест неоднократно модифицировался и после проведения факторного анализа оказалось целесообразным сократить количество шкал до 8 а количество вопросов до 92.

Таким образом опросник включает в себя 92 утверждения, касательно личности испытуемого, на которые ему необходимо ответить «да» или «нет».

В 2005 году методика была адаптирована в России и в многочисленных исследованиях валидизирована в НИПНИ им. Бехтерева для групп больных с различными формами нервно-психических и психосоматических патологий.

С помощью опросника Плутчика–Келлермана–Конте можно исследовать выраженность 8 основных психологических защит, изучить иерархию системы психологической защиты и оценить общую напряженность всех измеряемых защит (ОНЗ) [7].

Методикой ИЖС оцениваются следующие защиты:

1. Вытеснение — механизм, за счет которого, импульсы неприемлемые для личности, становятся бессознательными.
2. Отрицание — механизм психологической защиты, благодаря которому личность отрицает психотрамирующие переживания.
3. Замещение — защита, проявляющаяся в направлении подавленных эмоций на более доступные и менее значимые объекты.
4. Компенсация — попытка найти подходящую замену какому-либо реальному или воображаемому недостатку или значимому стимулу, который нет возможности получить в данный момент.
5. Реактивное образование — механизм обеспечивающий выражение неприемлемых для личности мыслей и чувств путем преувеличенного развития противоположных стремлений.
6. Проекция — защита проецирующая не осознаваемые и недопустимые для индивида мысли и чувства во вне, приписывая их окружающим.
7. Интеллектуализация (рационализация) — преодоление травмирующей ситуации путем умственного анализа, максимальное избегание переживаний.
8. Регрессия — механизм, посредством которого, личность стремится избегать травмирующих переживаний, путем перехода на более ранние стадии развития.

Подсчет результатов производился путем вычисления среднего арифметического по каждой из шкал и умножения полученного числа на 100%.

Таким образом составляется иерархия психологических защит личности.

По мнению некоторых авторов наиболее адаптивными и зрелыми защитами являются компенсация и интеллектуализация, а наиболее деструктивными и не зрелыми — вытеснение и проекция. Использование конструктивных психологических защит облегчает адаптацию и способствует избеганию конфликтов как внешних, так и внутренних [28].

Текст опросника представлен в Приложении Д

2.3.6 Методика «Интегративный тест тревожности»

Методика Интегративный тест тревожности (ИТТ) была разработана на базе НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева профессорами Л.И.Вассерманом, А.П. Бизюком и Б.В. Иовлевым.

Методика направлена на оценку уровня ситуативной (чувство тревоги в какой-либо ситуации) и личностной тревожности (тревожность, как личностная черта).

Интегративный тест тревожности был валидизирован не только на популяции здоровых людей взрослого и подросткового возраста, но и на психически больных, что существенно расширяет рамки применения методики [5].

В данном исследовании для оценки тревожности была выбрана именно эта методика по причине того, что у психически больных испытуемых она дает более достоверные результаты.

Опросник состоит из двух субтестов. Отдельно для оценки личностной и ситуативной тревожности. Каждый из субтестов состоит из 15 идентичных утверждений и различается только инструкцией. Испытуемому необходимо оценить насколько выражено у него то или иное состояние по четырех-бальной шкале. Таким образом суммируя общий балл по каждому субтесту можно оценить уровень ситуативной и личностной тревожности. Также возможно выделение шести дополнительных субшкал, дающих больше информации о

специфике аффективного состояния испытуемого, однако в данном исследовании упомянутые шкалы использовались [5].

Далее сырые баллы для удобства обработки переводятся в станайны. Результаты менее 4 станайнов соответствует низкому уровню тревожности, от 4 до 6 — нормальному и больше 7 — высокому уровню тревожности.

Текст опросника представлен в Приложении Е

2. 3. 7. Шкала функционирования А. П. Коцюбинского

Данная шкала была разработана специалистами 10 отделения биопсихосоциальной реабилитации НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева для удобства оценки динамики изменения социальной адаптации пациентов отделения.

Данная шкала состоит из 7 пунктов и отражает нарушение функционирования в различных социальных сферах:

1. Профессиональная сфера;
2. Сфера межличностных отношений;
3. Сфера супружеских отношений;
4. Воспитание детей (для нашего исследования не учитывалась, в силу юного возраста испытуемых и отсутствия детей у подавляющего большинства)
5. Отношения в родительской семье;
6. Организация быта в повседневной жизни;
7. Сексуальные отношения;

Методика заполняется лечащим врачом при поступлении больного и после выписки. Уровень функционирования в каждой из сфер оценивается по четырех-балльной шкале, где 4 — максимальный уровень дезадаптации, а 0 — отсутствие нарушений в адаптации.

Текст и критерии оценки шкалы А. П. Коцюбинского представлен в приложении. 8

Также, помимо оценки уровня социальной адаптации, лечащему врачу в рамках данного исследования было необходимо оценить уровень терапевтического контакта и комплаенса с больным — оценка 3 соответствовала высокому уровню, 2 — среднему и 1 — низкому уровню. (Приложение Ж)

2.4 Математико-статистические методы обработки данных

Обработка данных проводилась с помощью программы SPSS.

Для статистической обработки использовались следующие методы: критерий Шапиро-Уилка для проверки нормальности распределения, критерий χ^2 -Пирсона, критерий U-Манна-Уитни, непараметрический t-критерий Стьюдента для зависимых и независимых выборок, метод Холма-Бонферрони для множественных сравнений, критерий корреляции r-Пирсона, критерий корреляции r-Спирмена, факторный анализ (метод выделения главных компонент с нормализацией Кайзера) [22].

ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение

3. 1. Результаты изучения привязанности

Одной из целей нашего исследования являлась диагностика типа привязанности у больных шизотипическим расстройством и сравнение данных показателей с результатами здоровых лиц. Для оценки соотношения количества испытуемых с надежным и не надежным типом привязанности в обеих группах был использован критерий χ^2 –Пирсона (таблица сопряженности)

При анализе результатов опросника для определения типа привязанности к матери (Яремчук М.В. , 2006) в модификации О.В. Алмазовой и Г.В. Бурменской (Алмазова О.В., Бурменская Г.В. 2015) для удобства интерпретации испытуемые с избегающим и тревожно-амбивалентным типом привязанностью были объединены в одну категорию *«ненадёжная привязанность»*, вторую категорию *«надёжная привязанность»* составили испытуемые с надёжным типом привязанности , соответственно.

В первой группе испытуемых (здоровые испытуемые) 50% респондентов (20 человек) имели надежный тип привязанности к матери, и 50% (20 человек) - показали привязанность ненадёжного типа.

Во второй группе (больные шизотипическим расстройством) результаты оказались примерно такими же: 56% (23 человека) испытуемых имело ненадёжный тип привязанности к матери, и только 43% (18 человек) — надёжный.

Также было выявлено, что в экспериментальной группе ненадежный тип привязанности значительно преобладал у мужчин, у женщин незначительно доминировал надежный тип привязанности, однако у испытуемых контрольной группы результаты оказались противоположными: ненадежный тип привязанности значительно преобладал у женщин, в то время как у мужчин - надежный (Рис 1).



Рис.1. Распределение типа привязанности в зависимости от пола.

3. 2. Результаты изучения уровня дистресса и специфики его проявления

Одной из задач данной работы являлось оценка влияния типа привязанности на психическое состояние индивида: анализ уровня дистресса, его интенсивность, многообразие симптомов и тяжесть их проявления.

По результатам опросника SCL-90R испытуемые из первой группы (больные шизотипическим расстройством) с *ненадежным* типом привязанности показали более высокие результаты почти по всем шкалам опросника. У испытуемых с *ненадежным* типом привязанности наиболее выраженными оказались такие шкалы, как: PDSI, навязчивости, сенситивность, депрессивность, тревожность и паранояльность. У испытуемых с *надежным* типом привязанности ярко выражены те же шкалы, за исключением шкалы «Паранояльность».

Однако эти результаты не достигали уровня статистической достоверности. На рисунке 4 представлен график, отображающий выраженность дистресса и основных способов его проявления у больных с

надежным и ненадежным типом привязанности к матери.

В контрольной группе (здоровые лица) были обнаружены схожие тенденции: респонденты с *ненадежным* типом привязанности показали повышенные результаты почти по всем шкалам, по сравнению с испытуемыми с *надежным* типом привязанности. Также было выявлено, что испытуемые с *ненадежным* типом привязанности обнаруживают более высокий индекс наличного дистресса (PDSI) ($p=0,059$), по сравнению с испытуемыми с *надежным* типом привязанности и, как наиболее частый способ его проявления - сензитивность ($p=0,095$). Однако, значимость этих результатов была обнаружена только на уровне тенденции. Результаты здоровых испытуемых представлены на рисунке 5.

Средние показатели уровня наличного дистресса и основных способов его проявления у больных и у здоровых представлены в таблице 2.

Сравнительный анализ результатов проводился при помощи t-критерия Стьюдента для независимых выборок.

Таблица 2

Результаты методики SCL-90

	Тип привязанности	Больные			Здоровые		
		Среднее	Стд. Отклонение	Ст. значимость	Среднее	Стд. Отклонение	Ст. значимость
GSI	ненадежная	1,451	0,812	0,466	0,810	0,484	0,185
	надежная	1,269	0,741		0,620	0,399	
PST	ненадежная	55,870	20,206	0,819	38,700	17,682	0,356
	надежная	54,389	20,592		33,550	17,179	
PDSI	ненадежная	2,153	0,702	0,417	1,767	0,431	0,059
	надежная	1,968	0,734		1,527	0,343	
Соматизация	ненадежная	1,223	0,984	0,455	0,498	0,397	0,550
	надежная	0,993	0,951		0,427	0,340	
Навязчивости	ненадежная	1,835	0,948	0,845	1,090	0,716	0,374
	надежная	1,894	0,987		0,910	0,538	
Сензитивность	ненадежная	1,775	1,103	0,475	1,167	0,783	0,095
	надежная	1,531	1,042		0,778	0,647	
Депрессия	ненадежная	1,779	1,103	0,527	1,184	0,709	0,162
	надежная	1,560	1,069		0,864	0,711	
Тревожность	ненадежная	1,543	0,958	0,764	0,785	0,706	0,349
	надежная	1,456	0,881		0,595	0,553	
Враждебность	ненадежная	1,050	0,798	0,541	0,874	0,874	0,691
	надежная	0,900	0,740		0,766	0,832	
Фобия	ненадежная	0,954	0,812	0,845	0,421	0,626	0,119
	надежная	1,010	0,993		0,163	0,366	
Паранояльность	ненадежная	1,491	1,057	0,117	0,619	0,626	0,765
	надежная	0,998	0,864		0,565	0,517	
Психотизм	ненадежная	1,196	0,749	0,314	0,435	0,380	0,640
	надежная	0,961	0,707		0,375	0,423	

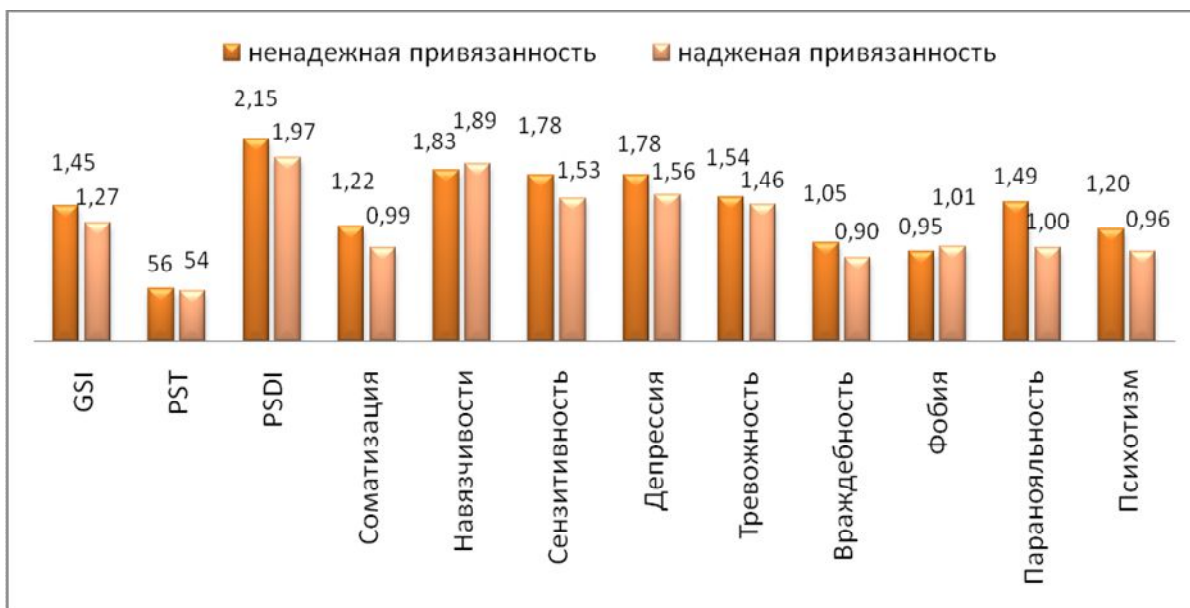


Рис. 4. Выраженность дистресса и основных способов его проявления у больных с надежным и ненадежным типом привязанности к матери.



Рис. 5. Выраженность дистресса и основных способов его проявления у здоровых лиц с надежным и ненадежным типом привязанности к матери.

* - достоверно значимые различия; ** - различия на уровне тенденции;

3. 3. Результаты изучения способов защитно-совладающего поведения

Результаты испытуемых обеих групп представлены в таблице 3. При исследовании механизмов психологической защиты по опроснику ИЖС Плутчика, было выявлено, что у первой группы испытуемых с *ненадёжным* типом привязанности основным, значительно преобладающим на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,001$), механизмом психологической защиты являлось *замещение*. Также больные с *ненадежным* типом привязанности показали высокую напряженность (>60%) таких психологических защит, как *подавление* и *регрессия*, при одновременном снижении (<40%) защиты *отрицание*. Однако, эти результаты не доходили до уровня статистической значимости.

У больных испытуемых с *надежным* типом привязанности ярко выраженной (>60%) оказался только такой механизм психологической защиты, как *регрессия*, остальные защиты находились на среднем уровне (от 40% до 60%). Диапазон используемых механизмов психологической защиты у больных шизотипическим расстройством с различными типами привязанности представлена на рисунке 6.

Таблица 3

Результаты изучения механизмов психологической защиты

	Тип привязанности	Больные			Здоровые		
		Среднее	Стд. Отклонение	Ст. значимость	Среднее	Стд. Отклонение	Ст. значимость
Отрицание	ненадежная	39,04	20,20	0,502	45,10	20,58	0,118
	надежная	44,00	26,68		56,22	23,25	
Подавление	ненадежная	61,26	28,66	0,349	53,72	20,55	0,379
	надежная	52,93	27,01		48,08	19,47	
Регрессия	ненадежная	66,69	25,42	0,967	62,76	20,18	0,103
	надежная	66,36	25,91		50,61	25,51	
Компенсация	ненадежная	58,17	23,31	0,742	55,75	21,08	0,893
	надежная	55,44	29,37		56,65	21,13	
Проекция	ненадежная	58,70	25,70	0,553	38,92	20,58	0,160
	надежная	53,14	33,85		49,18	24,54	
Замещение	ненадежная	66,18	22,06	0,000	57,67	30,41	0,548
	надежная	41,22	16,78		62,97	24,65	
Интеллектуализация	ненадежная	48,33	23,39	0,659	52,95	13,57	0,061
	надежная	51,70	24,92		64,40	22,76	
РеактОбразования	ненадежная	43,35	29,09	0,868	41,50	32,42	0,776
	надежная	44,89	29,29		39,00	21,55	

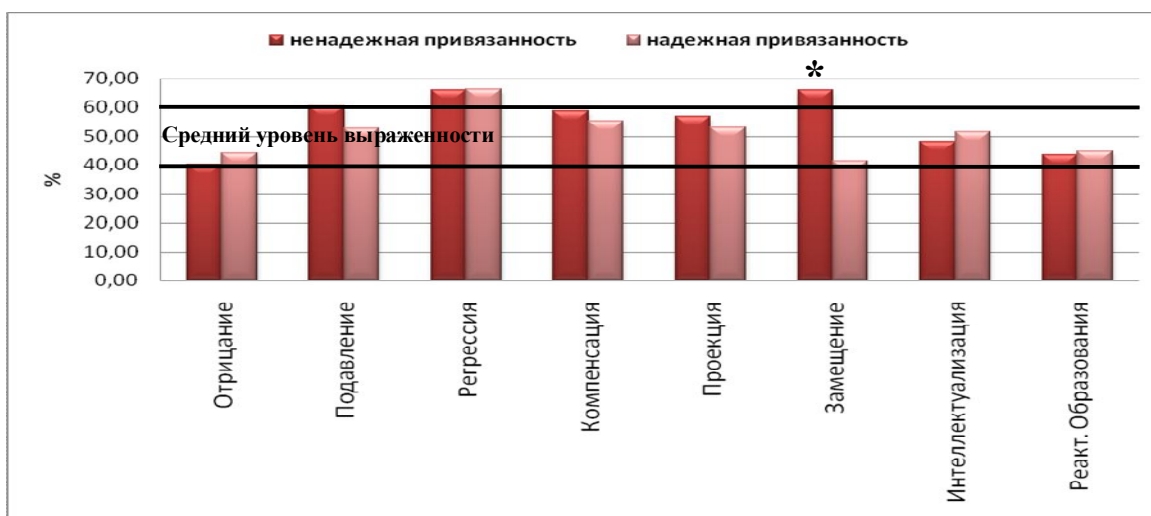


Рис. 6. Диапазон используемых механизмов психологической защиты у больных шизотипическим расстройством.

* - достоверно значимые различия; ** - различия на уровне тенденции;

Испытуемые контрольной группы с *ненадежным* типом привязанности показывают более низкую напряженность такой адаптивной психологической защиты, как «*интеллектуализация*» ($p=0,061$) (результат на уровне тенденции), и, как наиболее часто используемые - *регрессию и замещение*. У респондентов с *надежным* типом привязанности наиболее выраженными механизмами психологической защиты оказались *интеллектуализация и замещение* (Рис. 7).

Обработка данных производилась с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок. Результаты исследования специфики используемых копинг-стратегий для испытуемых обеих групп представлены в таблице 4.

Результаты были получены с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок. Уточнение данных с неоднородной дисперсией проводилось с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни.

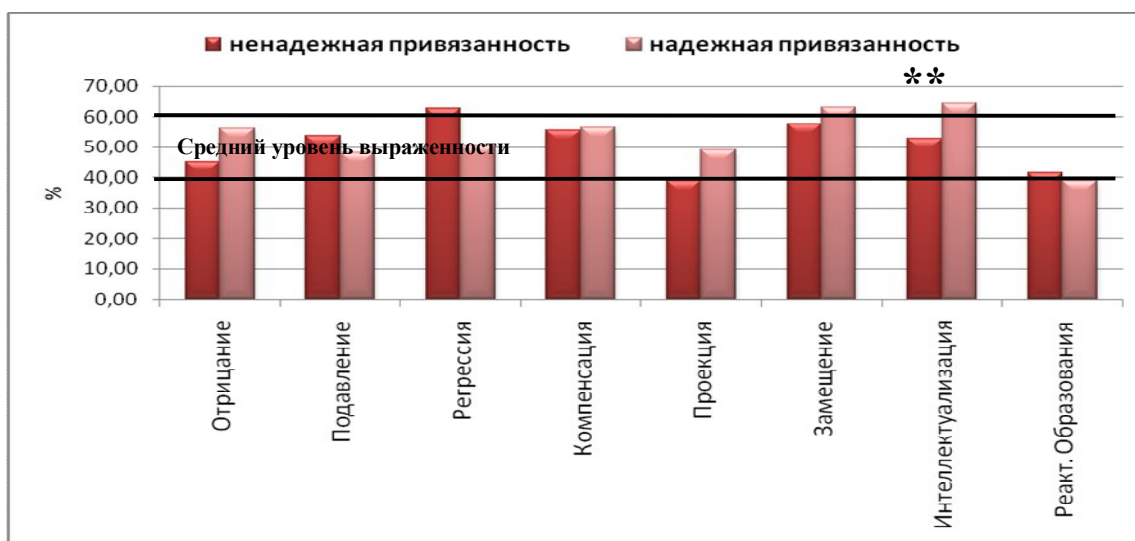


Рис. 7. Диапазон используемых механизмов психологической защиты у контрольной группы.

* - достоверно значимые различия; ** - различия на уровне тенденции;

При изучении особенностей совладающего поведения у экспериментальной группы, было выявлено, что испытуемые, в независимости от типа привязанности, используют «избегание» как основную копинг-стратегию при одновременном снижении стратегии «планирование решения проблемы». Такие результаты, в целом, свойственны больным шизотипическим расстройством, однако испытуемые с *ненадежным* типом привязанности обнаруживают достоверно более частое использование такой копинг-стратегии, как «*принятие ответственности*» ($p \leq 0,05$). У испытуемых с *надежным* типом привязанности данная копинг-стратегия выражена на среднем уровне (Рис. 8).

Таблица 4

Результаты изучения копинг-стратегий

	Тип привязанности	Больные			Здоровые		
		Среднее	Стд. отклонение	Ст.Значимость	Среднее	Стд. отклонение	Ст.Значимость
Конфронтация	ненадежная	45,986	15,325	0,971	50,106	19,008	0,551
	надежная	45,781	20,301		46,694	16,800	
Дистанцирование	ненадежная	49,951	16,689	0,506	39,506	18,260	0,532
	надежная	46,438	16,566		43,172	18,476	
Самоконтроль	ненадежная	58,731	12,776	0,485	54,305	12,227	0,056
	надежная	55,582	15,868		63,702	17,509	
Поиск соц. Поддержки	ненадежная	55,586	17,677	0,972	65,650	12,323	0,682
	надежная	55,794	20,388		67,667	18,057	
Принятие ответственности	ненадежная	65,907	18,605	0,055	69,450	19,548	0,502
	надежная	52,902	23,466		64,900	22,789	
Избегание	ненадежная	64,961	15,844	0,633	52,108	17,703	0,250
	надежная	62,400	18,167		45,342	18,888	
Планирование	ненадежная	46,028	17,845	0,893	59,850	22,682	0,095
	надежная	46,939	25,123		70,350	15,419	
Полож. Переоценка	ненадежная	48,799	17,709	0,899	47,429	20,374	0,059
	надежная	47,954	24,757		58,388	14,813	

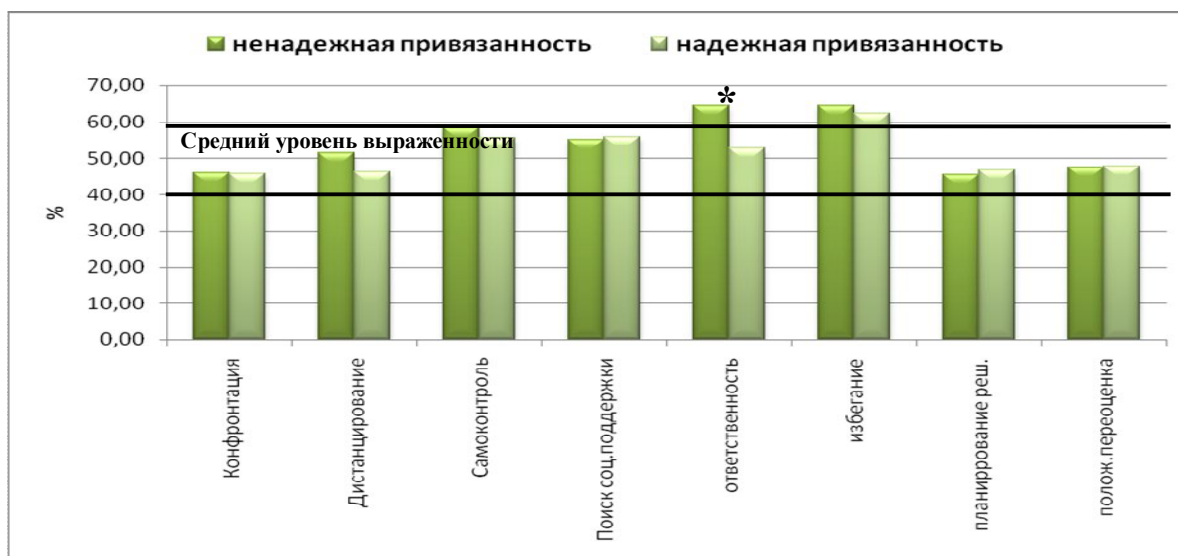


Рис. 8. Диапазон используемых копинг-стратегий у больных шизотипическим расстройством.

* - достоверно значимые различия; ** - различия на уровне тенденции;

В контрольной группе испытуемые с ненадежным типом привязанности к матери достоверно реже использовали такие копинг-стратегии, как

«самоконтроль» ($p \leq 0,05$) и «положительная переоценка» ($p \leq 0,05$), а также на уровне статистической тенденции ($p \leq 0,1$) обнаружены различия в использовании стратегии «планирование решения проблемы». Результаты представлены на рисунке 9.

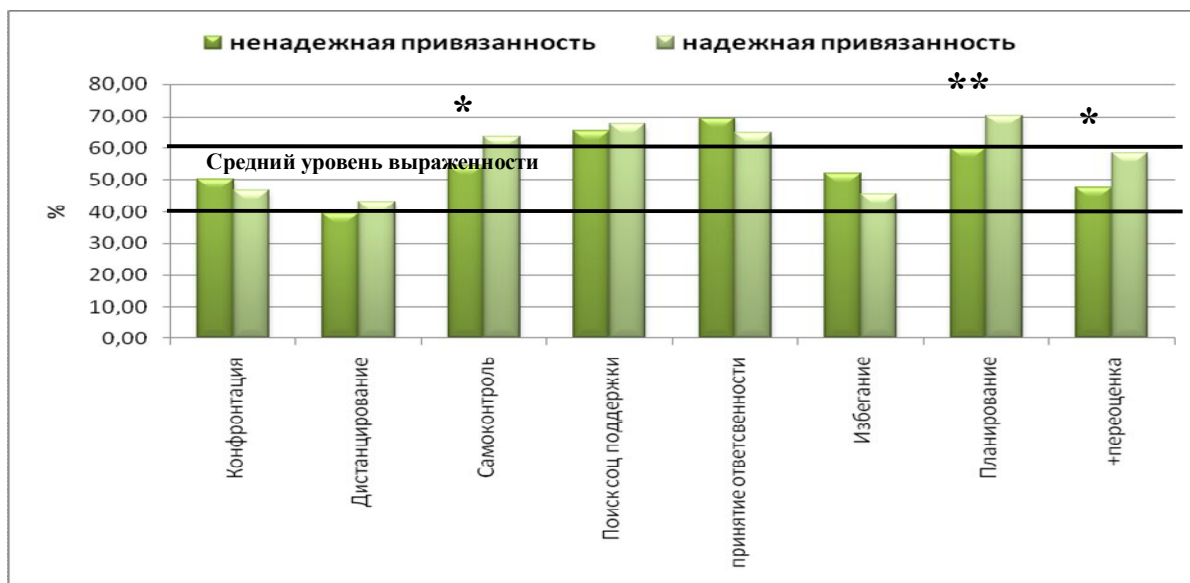


Рис.9. Диапазон используемых копинг-стратегий у здоровых лиц.

* - достоверно значимые различия; ** - различия на уровне тенденции;

3.4. Результаты изучения ситуативной и личностной тревожности

При исследовании уровня ситуативной и личностной тревожности было выявлено, что испытуемые больные шизотипическим расстройством с *ненадежным* типом привязанности обнаруживают повышенный уровень как ситуативной, так и личностной тревожности, в то время как результаты испытуемых с надежным типом привязанности находятся в диапазоне значений, соответствующих верхней границе нормы (Рис. 10). Однако данные результаты не достигают уровня статистической значимости. Обнаружены различия только на уровне статистической тенденции по шкале «**ситуативная тревожность**» ($p=0,08$). Данные представлены в таблице 5.

Таблица 5

Результаты исследования ситуативной и личностной тревожности

	Тип привязанности	Больные			Здоровые		
		Среднее	Стд. отклонение	Ст.Значимость	Среднее	Стд. отклонение	Ст.Значимость
Личностная	ненадежная	6,217	1,858	0,194	5,750	0,910	0,353
	надежная	5,333	2,425		5,450	1,099	
Ситуативная	ненадежная	7,087	1,998	0,089	6,100	0,852	0,657
	надежная	5,944	2,182		5,950	1,234	

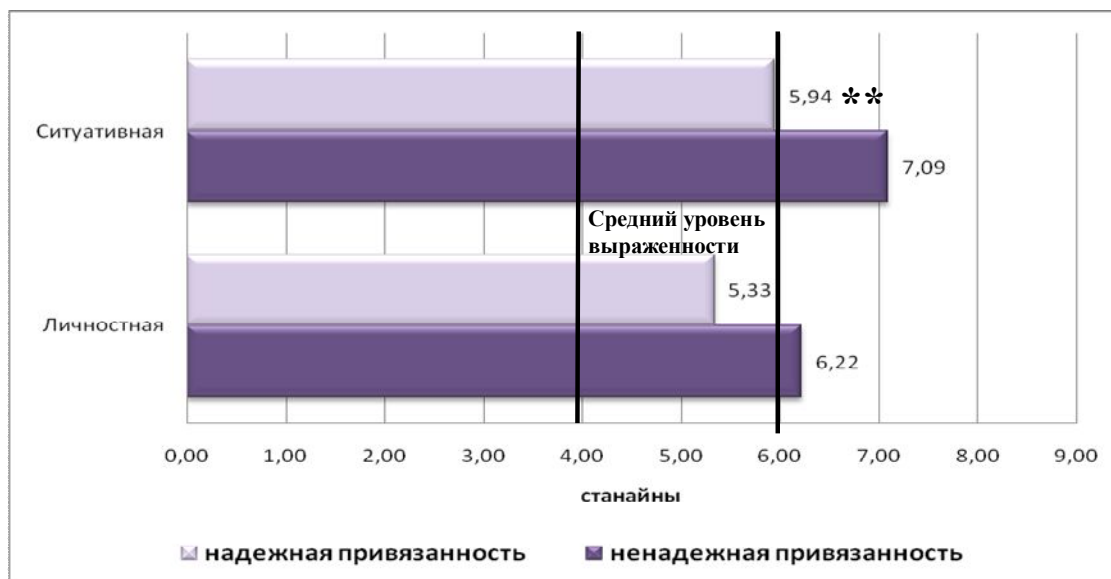


Рис. 10. Уровень ситуативной и личностной тревожности у больных шизофренией в зависимости от типа привязанности.

* - достоверно значимые различия; ** - различия на уровне тенденции;

У испытуемых контрольной группы наблюдаются схожие тенденции: респонденты с ненадежным типом привязанности обнаруживают повышенный уровень как ситуативной, так и личностной тревожности (Рис. 11). Шкала ситуативной тревожности, оказалась особенно выражена (6,1 станайн), по сравнению с испытуемыми с надежным типом привязанности. Однако, результаты также не достигают уровня статистической значимости.

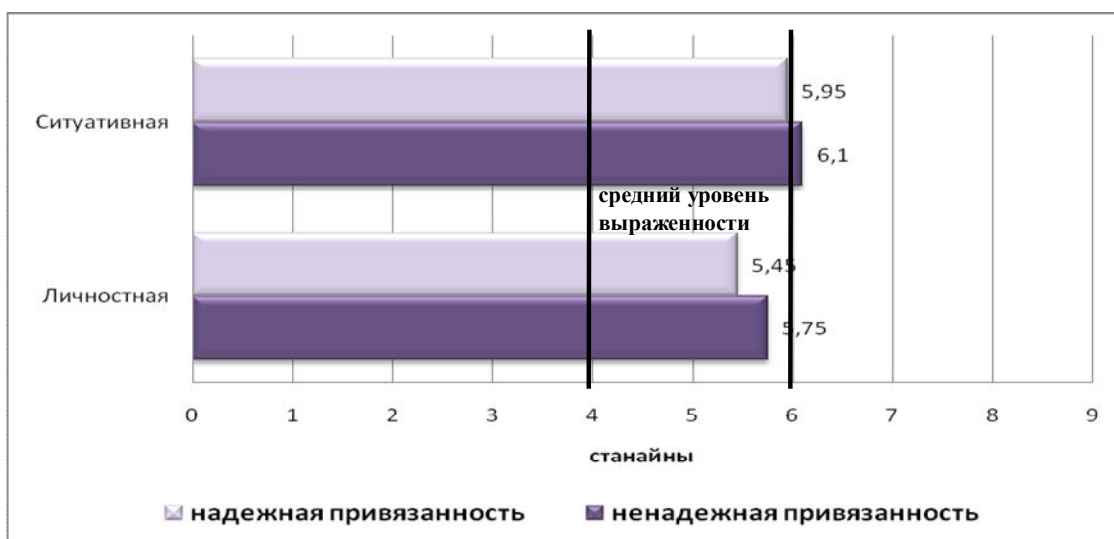


Рис. 11. Уровень ситуативной и личностной тревожности у здоровых лиц.

3. 5. Результаты исследования эффективности восстановительного лечения.

Одной из задач данного исследования являлось выявление взаимосвязи типа привязанности с эффективностью восстановительного лечения больных шизотипическим расстройством. Оценка эффективности складывалась из нескольких показателей: уровня терапевтического контакта и комплаенса с лечащим врачом, а также уровня социальной адаптации по критериям шкалы функционирования А. П. Коцюбинского.

Таким образом, было выявлено, что больные с *ненадежным* типом привязанности обнаруживают большие затруднения при построении контакта с лечащим врачом а также достоверно более низкий уровень комплаенса ($p < 0,05$) (рис 12). Данные обрабатывались с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок.

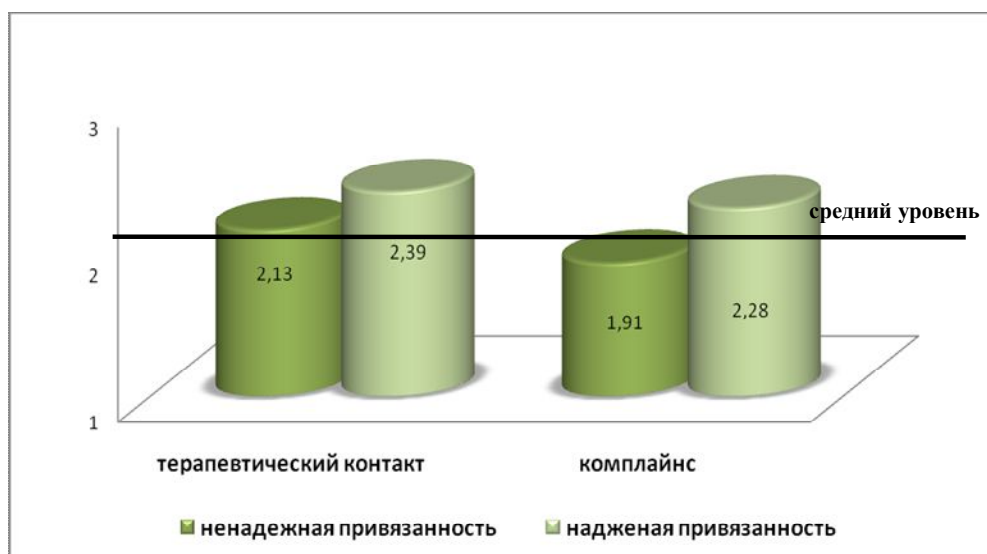


Рис. 11. Уровень терапевтического контакта и комплайнса с лечащим врачом у больных шизотипическим расстройством.

В целом. При анализе результатов восстановительного лечения без разделения по шкалам методики А. П.Коцубинского было выявлено, что больные с *ненадежным* типом привязанности в начале лечения обнаруживают более высокую дезадаптацию по сравнению с респондентами с *надежным* типом привязанности. Снижение выраженности симптоматики после окончания восстановительного лечения у испытуемых с обоими типами привязанности оказалось пропорционально выраженности дезадаптации вначале лечения. Однако, достоверно значимых различий выявлено не было. Для обработки результатов использовался метод Холма-Бонферрони для множественных сравнений (Рис 12).

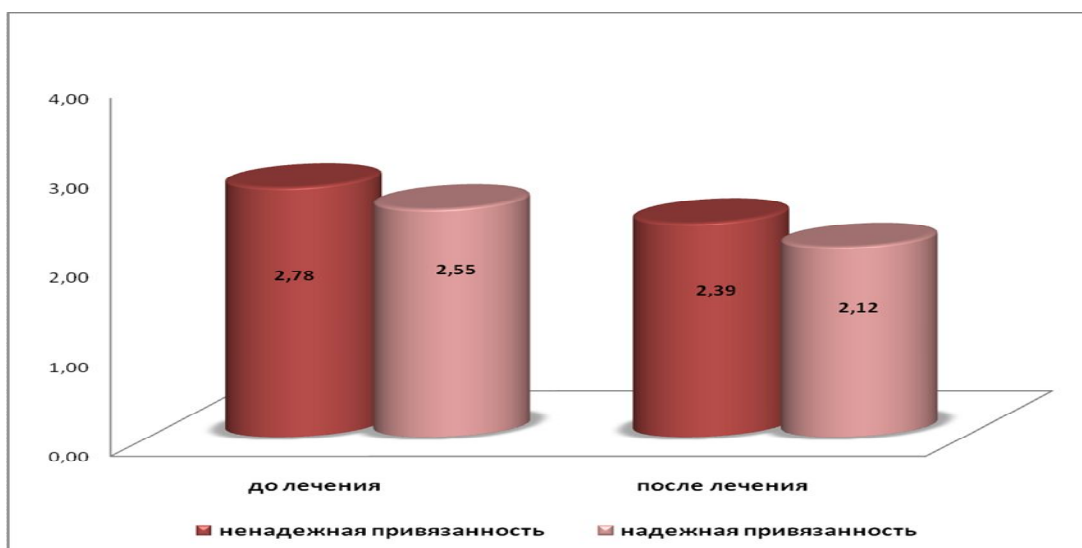


Рис.12. Уровень социальной дезадаптации до и после восстановительного лечения.

При анализе результатов по отдельным шкалам методики было выявлено, что испытуемые с *ненадежным* типом привязанности показывают улучшение по параметрам «*профессиональная деятельность*» ($p<0,005$) и «*межличностные отношения*» ($p<0,0001$) на высоком уровне статистической значимости. Испытуемые же с *надежным* типом привязанности обнаруживают достоверно значимые улучшения почти по всем параметрам шкалы: «*профессиональная деятельность*» ($p<0,005$), *межличностные отношения* ($p<0,0001$), *отношения с родителями* ($p<0,005$), *быт в повседневной жизни* ($p<0,005$).

Также больные с *ненадежным* типом привязанности обнаруживают достоверно большие затруднения в *отношениях с родительской семьей* ($p<0,005$), которые не нивелируются после восстановительного лечения, по сравнению с испытуемыми с *надежным* типом привязанности (Рис. 13). Сравнения проводились с помощью непараметрического t-критерия Стьюдента для зависимых выборок.



Рис. 13. Результаты социальной адаптации до и после восстановительного лечения в зависимости от типа привязанности.

* - достоверно значимые различия; ** - различия на уровне тенденции;

3. 6. Анализ удовлетворенности семейными и партнерскими отношениями у здоровых лиц.

В качестве одного из аспектов социально-психологической адаптации у здоровых лиц нами была изучена личная удовлетворенность и неудовлетворенность семейными и партнерскими отношениями у больных шизотипическим расстройством данные аспекты рассматривались в контексте эффективности восстановительного лечения и о них речь пойдет ниже.

Был проведен частотный анализ данных по критерию χ^2 -Пирсона (таблица сопряженности).

Было выявлено, что удовлетворенность отношениями в семье была достоверно ($p=0,001$) выше у лиц с надежным типом привязанности (Рис. 1).

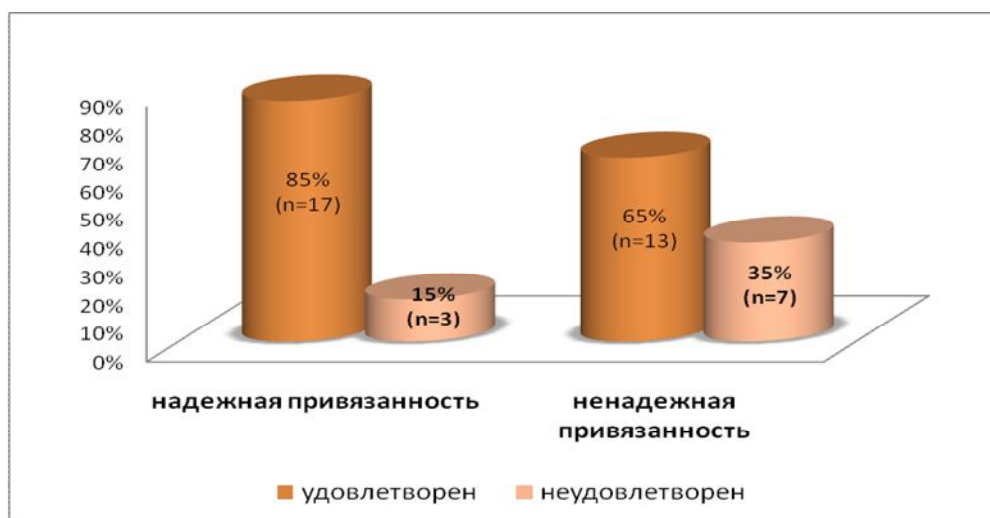


Рис.1. Удовлетворенность отношениями с родительской семьей.

Не установлено достоверно значимых различий по фактору наличия романтических отношений или устойчивых партнерских отношений (Рис. 2). Однако, испытуемые с ненадежным типом привязанности, в целом, больше неудовлетворенны партнерскими отношениями, по сравнению с испытуемыми с надежным типом привязанности, хотя результаты и не достигают статистической значимости. Результаты представлены на рисунке 3.

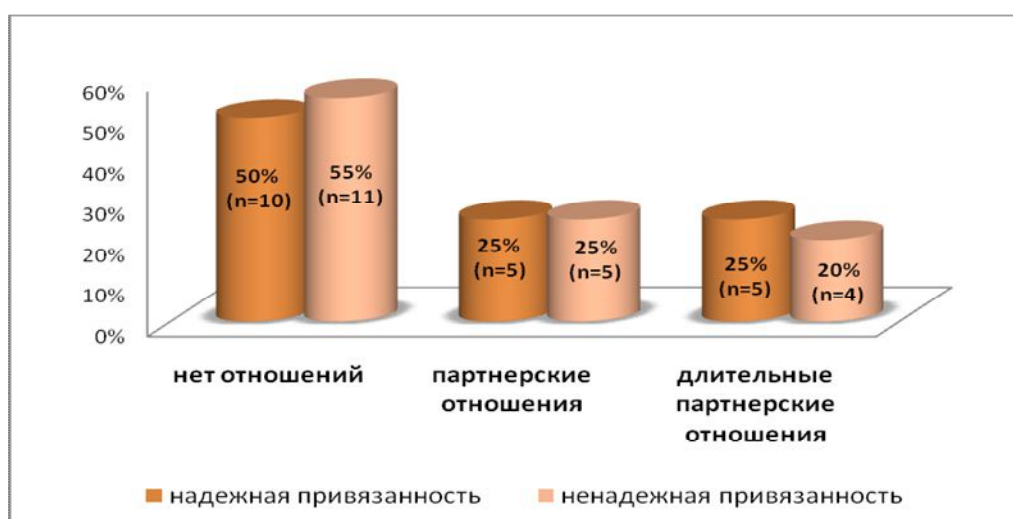


Рис. 2. Качество партнерских отношений у респондентов с надежным и ненадежным типом привязанности.

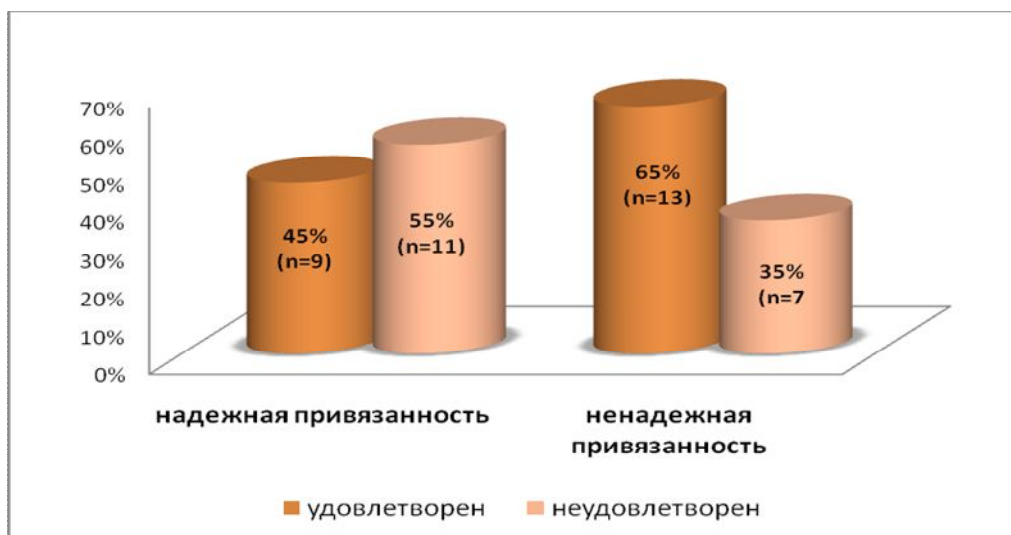


Рис. 3. Удовлетворенность партнерскими отношениями.

3. 7. Результаты корреляционного и факторного анализа

Для нахождения связей между переменными использовался коэффициент корреляции r -Спирмена. При проведении корреляционного анализа между показателями по четырем методикам (SCL-90, ИЖС, ССП, ИТТ) было выявлено порядка 30 статистически значимых корреляций между показателями внутри основной группы. Ввиду такого большого количества связей, в первую очередь, нам были интересны те показатели, по которым были выявлены статистически значимые различия между подгруппами с надежной и ненадежной привязанностью основной (больные ШР юношеского возраста) и сравнительной группами (здоровые лица юношеского возраста) в ходе анализа сравнения средних величин.

Было выявлено, что показатель «привязанность» значимо ($p < 0,01$) связан с показателем «замещение», при этом данная связь является обратной: чем выше качество привязанности, тем ниже уровень замещения, которое в свою очередь связано корреляционной связью на высоком уровне значимости с «подавлением» и «враждебностью» ($p < 0,01$), а также значимой связью с показателями «компенсация», «регрессия» и «паранояльность» ($p < 0,05$). Показатель «враждебность» значимо связан практически со всеми шкалами

методики SCL-90 и параметром «конфронтация» ($p < 0,01$).

Такие показатели как личностная и ситуативная тревожность, достоверные различия между которыми были выделены ранее, при проведении корреляционного анализа выступают довольно обособлено и не связаны с другими показателями приспособительного поведения. На рис. 14. представлено графическое изображение взаимодействия признаков, характерное для больных шизотипическим расстройством.

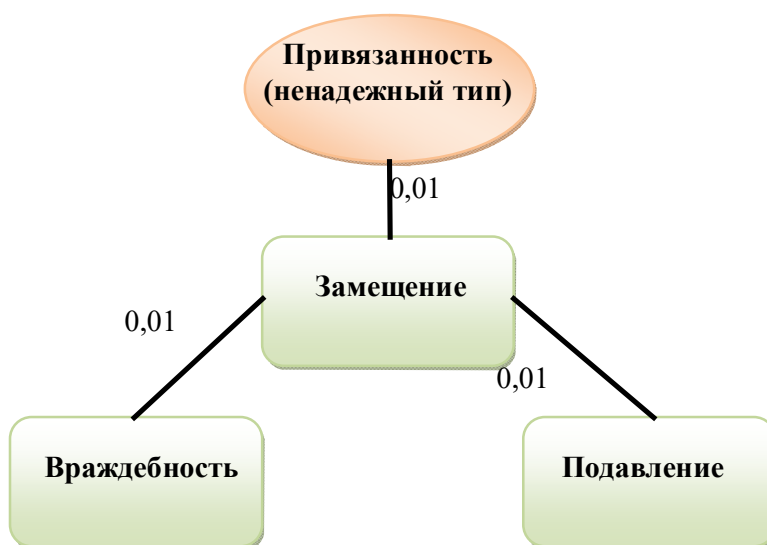


Рис. 14. Корреляционная связь привязанности с различными факторами приспособительного поведения у больных шизотипическим расстройством;

Что касается контрольной группы, не было обнаружено значимых корреляционных связей измеряемых параметров с переменной «привязанность». Однако, у здоровых лиц обнаруживается большое количество значимых корреляционных связей переменной «возраст» со шкалами методики SCL-90 с, чего у больных шизотипическим расстройством выявлено не было, при этом большое количество данных связей являлись обратными, то есть, с увеличением возраста наблюдается ослабевание параметра.

Стоит также отметить, что, если в экспериментальной группе

большинство показателей тесно связаны между собой и образуют определенную корреляционную плеяду, то в контрольной группе факторы являются более обособленными и разрозненными, и корреляционные связи наблюдаются лишь между некоторыми из них.

Также нами был проведен факторный анализ для выявления структуры взаимосвязей между переменными. Использовался метод выделения главных компонент с нормализацией Кайзера.

Для обеих групп было извлечено 5 факторов с собственными значениями больше единицы. Эти факторы подверглись вращению по методу варимакс.

Для группы больных шизотипическим расстройством первым выделенным фактором, был фактор - *«Психопатологическая симптоматика»*. Выступает изолированно, входят все 12 факторов шкалы SCL-90-R, фактор не имеет взаимосвязей с другими переменными. Рассматривается вне связи с приспособительным поведением и паттернами привязанности, а только как характеристика болезненного процесса у больных шизотипическим расстройством.

Второй фактор— *«Гиперсоциальный вариант взаимодействия с другими»*. Если бы речь шла о здоровых испытуемых, данный фактор можно было бы интерпретировать как продуктивный стиль поведения, так как в него входят 4 вида эффективных копинг-стратегий: планирование, положительная переоценка, поиск социальной поддержки и конфронтация. Для больных шизотипическим расстройством, имеющих уже с раннего детского или подросткового возраста множество аномалий психологического развития и проблем в социальном функционировании, установка исключительно на активно-продуктивное поведение, представляет собой по сути попытку отрицания или неприятия факта болезни, попытка ставить перед собой высокие задачи без учета факта болезни. В клинике это расценивается, как искаженно-деятельный вариант приспособительного поведения, особенно

характерный для пациентов после первого-второго эпизода болезни.

Третий фактор *«Пассивно-зависимый вариант взаимодействия с другими»* включает в себя положительную взаимосвязь с переменными: регрессия, избегание, проекция, конфронтация. И отрицательную корреляционную взаимосвязь с переменными *«отрицание»*, *«интеллектуализация»*, *«реактивные образования»*, что позволяет определить его как *«пассивно-зависимый способ взаимодействия с другими»*, который соотносится с пассивным, зависимым вариантом приспособительного поведения; с типом привязанности не соотносится и включает в себя шкалы методики ИЖС.

Четвертый — положительная корреляционная связь с переменными *«ситуативная и личностная тревожность»*, *«самоконтроль»*, *«дистанцирование»*, *«принятие ответственности»*, и отрицательная корреляционная связь с переменной *«возраст»*. Мы обозначили данный фактор как *«Тревожно-избегающий вариант взаимодействия с другими»*. Отрицательная связь с переменной *«возраст»*, позволяет высказать предположение, что по мере взросления тревожно-избегающее поведение, благодаря социальному научению, будет уменьшаться, что будет способствовать улучшению адаптации, таким образом это более благоприятный вариант совладающего поведения.

Пятый фактор - *«Деадаптивный вариант взаимодействия с другими»*. Включает в себя дезадаптивные механизмы психологической защиты — *замещение, подавление, компенсация, и копинг-стратегию «принятие ответственности»* и связан отрицательной корреляционной связью с переменной *«привязанность»*. Стоит отметить, что параметр замещение имел наибольшую факторную нагрузку, а параметр привязанность имеет отрицательное факторное значение, то есть с фактором взаимосвязан именно *ненадежный* тип привязанности. Схожая структура наблюдалась и в корреляционной плеяде, описанной выше. Данные защитные механизмы в

совокупности с ненадежным типом привязанности могут свидетельствовать о наличии тревоги и агрессии, как защитной реакции на неудовлетворенность в установлении небезопасных отношений и в поиске замещающего лица, способного обеспечить надежные и безопасные отношения. Структуру фактора можно увидеть на рисунке 15.

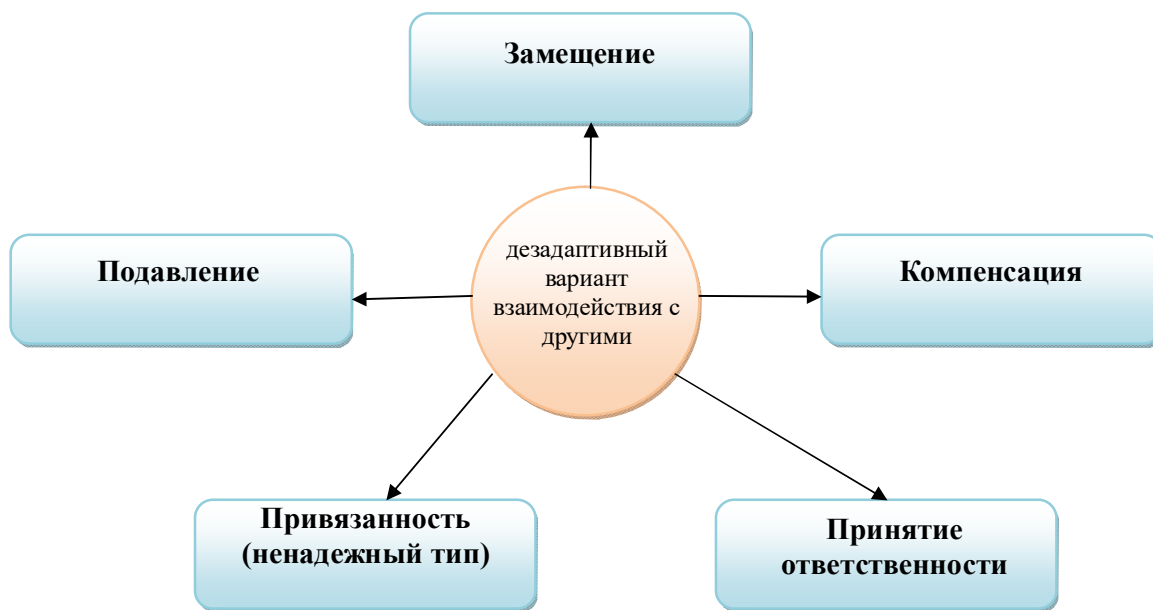


Рис. 15. Структура пятого фактора для группы больных шизотипическим расстройством

Первый фактор контрольной группы, также, как и у группы больных шизотипическим расстройством был связан с шкалами методики SCL-90, и такими механизмами психологической защиты, как проекция и избегание. Стоит отметить, что туда же оказался включен параметр «возраст», при этом с отрицательным значением фактора, то есть взаимосвязан с фактором именно более ранний возраст, что также подтверждается результатами корреляционного анализа описанного ранее. Таким образом можно предположить, что данный фактор связан с «Синдромом диффузной психологической неустойчивости лиц подростково-юношеского возраста» и Выступает изолированно и

рассматривается вне связи с приспособительным поведением и потерями привязанности.

Второй фактор связан с *«Синдром тревожно – амбивалентного взаимодействия с другими»*. Можно предположить, что данный фактор соотносится с тревожно-амбивалентным типом привязанности. В него вошли такие переменные как: компенсация, личностная и ситуативная тревожность, регрессия, реактивные образования и подавление.

Третий фактор связан с *«Синдром взаимодействия с другими с опорой на себя, сдерживание агрессии, самоконтроль»*. Может ассоциироваться с дистанцированным типом привязанности. В него вошли такие переменные, как: конфронтация, планирование решения проблемы, реактивные образования (с отрицательным значением фактора), замещение, самоконтроль и поиск социальной поддержки.

Переменные вошедшие в *четвертый фактор* можно объединить как *«Синдром продуктивного взаимодействия, связанный с надежной привязанностью»*. Он включил в себя комплекс стратегий, направленных на адаптивное решение проблемной ситуации: *отрицание, интеллектуализация, привязанность и положительная переоценка*. Стоит отметить, что речь идет именно о *надежном* типе привязанности, так как знак факторной нагрузки положительный. Структура фактора приведена на рисунке 16.

Пятый фактор можно назвать как *«Синдром амбивалентного взаимодействия с другими»*. Данный факт оказался связан с дезорганизованным комплексом проявлений избегания проблемной ситуации. В него вошли следующие переменные: дистанцирование, принятие ответственности, избегание, сниженный уровень подавления (отрицательный знак факторной нагрузки), самоконтроль и поиск социальной поддержки.

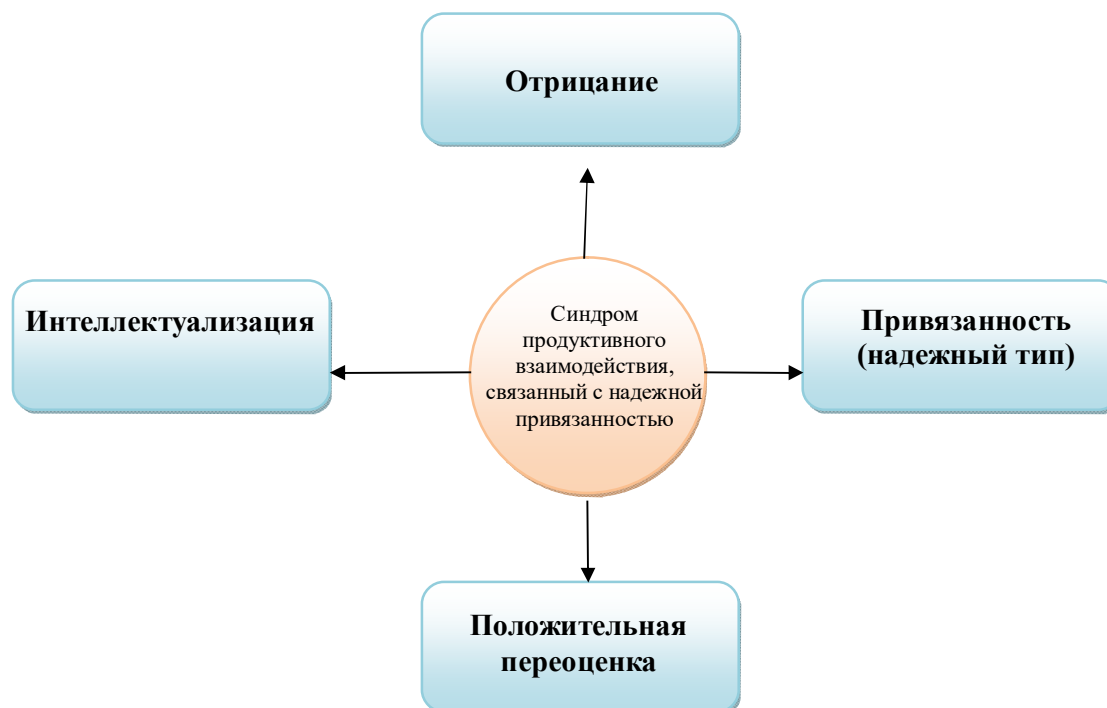


Рис. 16. Структура четвертого фактора для контрольной группы.

3. 8. Обсуждение результатов исследования

Данная дипломная работа посвящена исследованию влияния качества привязанности на социально-психологическую адаптацию у больных шизотипическим расстройством (ШР) юношеского возраста, исследованию взаимосвязи качества привязанности с результатами восстановительного лечения, а также изучению сравнительных характеристик социально-психологической адаптации у больных ШР и здоровых лиц юношеского возраста, различающихся по качеству привязанности.

Существующие исследования привязанности в целом немногочисленны, а исследования, рассматривающие привязанность в контексте психопатологии практически полностью отсутствуют.

Изначально, понятие «привязанность» трактовалось, как система

внутренней саморегуляции, присущая каждому ребенку с рождения, направленная на поиск защитной близости с матерью [6]. В исследованиях М. Эйнсворт в ситуации разлуки с матерью было выявлено три основных типа привязанности: надежный тип — ребенок адекватно переживает разлуку с матерью и при этом ищет контакта с ней; тревожно-амбивалентный — ребенок избегает контакта с матерью и при этом также болезненно переносит разлуку с ней; и тревожно-избегающий тип — ребенок равнодушен к разлуке с матерью и избегает контакта с ней [42], [43]. Современные взгляды на привязанность включают в себя два направления в понимании проблемы — психодинамическое, согласно которому привязанность представляет собой конструкт, приобретенный в результате опыта взаимодействия со значимой фигурой взрослого в раннем детстве, который закрепляется в течение первого года жизни и, в дальнейшем, транслируется при построении отношений во взрослом возрасте; и — онтогенетическое, согласно которому привязанность это некая врожденная потребность ребенка, которая находит или не находит удовлетворения в раннем детстве, и, в зависимости от этого, закрепляется адаптивная или неадаптивная рабочая модель поведения [21]. Согласно исследованиям, опирающимся на культурно-исторический подход Выготского и теорию деятельности, контакт с значимым взрослым в раннем детском возрасте сказывается не только на психическом и речевом развитии, но и на психо-эмоциональной сфере ребенка, что подтверждалось в исследовании Плешковой Н. Л. при изучении детей, воспитывающихся в семьях и домах ребенка, что также отражается на психо-социальной адаптации во взрослом возрасте.

По мнению некоторых исследователей ненадежный тип привязанности к матери связан со способностью индивида строить адекватные надежные отношения во взрослом возрасте, что особенно ярко проявляется в подростковом и раннем юношеском возрасте, и влияет на уровень социальной адаптации. Также в литературных источниках имеются данные о том, что тип

привязанности оказывает влияние на самооценку, мироощущение, специфику используемых психологических защит и копинг-стратегий [29].

Для исследования типа привязанности во взрослом возрасте создано несколько опросников, одним из которых является модифицированная методика М.В. Яремчук (2006), хорошо зарекомендовавшая себя, и использованная в ряде отечественных диссертационных исследований последних лет у лиц юношеского возраста [2], [36].

По данным комплексного психометрического тестирования было выявлено, что в группе больных шизотипическим расстройством преобладающим оказался ненадежный тип привязанности. В доступной нам литературе не удалось найти данных, относительно привязанности у больных ШР, однако накоплен большой объем данных о распределении надежной и ненадежной привязанности среди здоровых лиц различного возраста. В частности, Куфтяк в результате изучения типа привязанности в группе детей старшего дошкольного возраста было выделено, что 2/3 выборки обследованных школьников составили дети с надёжным типом привязанности к матери, и менее 1/3 детей имели ненадёжный тип привязанности. Этот факт может свидетельствовать о том, люди с ненадёжным типом привязанности могут иметь меньшую устойчивость к психотравмирующим ситуациям и больше подвержены возникновению различного рода психопатологии. Однако данное утверждение нуждается в дальнейшей проверке.

Стоит обратить внимание на гендерный аспект распределения надежного и ненадежного типа привязанности. Было выявлено, что в группе здоровых лиц ненадежный тип привязанности существенно преобладал у женщин, в свою очередь мужчины чаще имели надежный тип привязанности. Схожие данные были получены и в исследовании Н. Л. Плешкой, в котором также было выявлено, что у девочек, воспитывающихся в семье, чаще встречается ненадежный тип привязанности к матери, а у мальчиков — надежный. Таких различий среди детей, воспитывавшихся в доме ребенка, обнаружено не было.

Есть предположения, что матери мальчиков, более чувствительны к потребностям ребенка, в отличие от матерей девочек [25]. Также вполне возможно, что, поскольку фигура матери помимо удовлетворения физиологических и эмоциональных потребностей несет дополнительную нагрузку в плане трансляции женских социальных ролей, а также девочки позже отделяются от матерей, какие либо нарушения в отношениях с матерью могут восприниматься женщинами более остро во взрослом возрасте, чем мужчинами. У больных шизотипическим расстройством из-за специфики заболевания ощущения данных ролей могут быть стертыми и неадекватными, поэтому таких различий обнаружено не было. Однако данные предположения нуждаются в дальнейшей проверке.

Способность индивида эффективно справляться с психическим дистрессом является важнейшим фактором для адаптации. Согласно теории Микулецера, неадаптивные модели поведения и механизмы психологической защиты, сформированные в детстве, являются причиной неэффективного преодоления дистресса личностью. При наличии определённых индивидуальных склонностей и неблагоприятных внешних условий это может стать причиной возникновения различных психических расстройств. Считается, что постоянное психическое напряжение и медленное восстановление от эпизодов дистресса формирует психическую уязвимость и склонность к развитию психических расстройств. Больные любым психическим расстройством, а в частности шизотипическим расстройством, априори имеют нарушения адаптации, дополнительная психическая уязвимость сформированная ненадёжной привязанностью в раннем детстве может негативно сказываться на течении болезни, тяжести её проявлений и эффективности реабилитации.

Однако результаты полученные в данном исследовании несколько противоречат результатам Микулецера: у больных шизотипическим расстройством с надежным и ненадежным типом привязанности не было

получено значимых различий по шкалам, связанным с интенсивностью наличного дистресса и спецификой его проявления, что может быть связано с тем, что психопатологическая симптоматика заболевания стирает такие индивидуальные различия проявления дистресса, как различия, связанные с привязанностью.

Однако, при исследовании механизмов психологической защиты, у лиц с ненадежным типом привязанности было выявлено проявление на высоком уровне статистической значимости такого механизма психологической защиты как замещение. Замещение связано с переносом реакции с недоступного объекта на доступный, или заменой недопустимого действия допустимым, таким образом при замещении объекта те чувства и действия, которые должны были быть направлены на объект, вызывавший тревогу, переносятся на объект не имеющий отношения к ситуации и причине конфликта. Данный факт может свидетельствовать о том, что больные ненадежным типом привязанности склонны транслировать ненадежный тип привязанности в межличностных отношениях, при взаимодействии со значимыми фигурами, например с лечащим врачом, что затрудняет построение адекватных межличностных отношений и осложняет адаптацию и без того осложненную наличием психического расстройства. Схожие результаты были получены на здоровой выборке в исследованиях П. Криттендена и М. Яремчук, изучавшими влияние типа привязанности на специфику межличностных отношений у подростков и у лиц раннего юношеского возраста. Согласно результатам данных исследований ненадежный тип привязанности связан с трудностями в построении межличностных отношений, и выражается в трансляции паттернов «рабочей модели» ненадежной привязанности в отношения привязанности (дружеские, романтические) во взрослом возрасте. Помимо зрелых механизмов психологической защиты для полноценной социально-психологической адаптации необходимо использование широкого диапазона эффективных способов совладения со стрессом. В нашем исследовании копинг-стратегии

рассматривались, как сознательные способы совладания со стрессом, сформированные, во многом, под влиянием социума. При изучении специфики используемых копинг-стратегий у группы больных шизотипическим расстройством было обнаружено, что больные с ненадежным типом привязанности используют стратегию принятия ответственности достоверно чаще, чем больные с надежным типом привязанности. Умеренно выраженный уровень данной стратегии является адаптивным, способствующим адекватному решению проблемной ситуации, признанию своей роли в ее возникновении, однако высокое напряжение этой копинг-стратегии приводит к самокритике, самообвинению, хроническому чувству вины и, как следствие, низкой самооценке. В исследованиях специфики личности в зависимости от типа привязанности у людей с ненадежным типом привязанности многими исследователями (Кохут Х., Жихарева Л. В, Bartholomew) отмечается влияние типа привязанности на самооценку и восприятие себя и окружающих, склонность субъектов, обладающих не надежным типом привязанности, к самообвинению, сниженной самооценке и повышенному чувству вины. Однако, Rihard A. не обнаружил прямой взаимосвязи специфики копинг-поведения и типа привязанности, но, автор отмечает, что данные нуждаются в более детальной проверке. Также стоит отметить, что результаты всех вышеупомянутых исследований были получены на выборке психически здоровых людей.

Также, как один из аспектов социально-психологической адаптации, нами был исследован уровень ситуативной и личностной тревожности. Было выявлено, что больные с ненадежным типом привязанности обладают более высоким уровнем ситуативной тревожности (результат на уровне тенденции). Данный показатель отражает насколько сильно на человека влияет ситуации межличностного, группового и стрессового воздействия. Индивиды, обладающие высокой ситуативной тревожностью, хуже адаптируются к изменяющимся условиям среды, испытывают тревогу в широком спектре

ситуаций социального взаимодействия. Для больных шизотипическим расстройством данный аспект особенно важен, так как специфика их заболевания и без того предполагает повышенный уровень тревожности, как ситуативной, так и личностной. Kobak R.R, исследуя специфику взаимоотношений подростков с различными типами привязанности, описал подростков с ненадежным типом, как более тревожных и враждебных при построении межличностных отношений, что, в целом, соотносится с понятием о ситуативной тревожности.

При анализе результатов корреляционного анализа было выявлено, что некоторые параметры, по которым ранее выявлялись достоверно значимые различия также значимо связаны в корреляционной плеяде. Основной выделенной плеядой являлась плеяда: замещение ----> ненадежный тип привязанности, подавление, враждебность + компенсация, регрессия и паранояльность (связи на более низком уровне значимости). Механизмы психологической защиты «замещение» и «проекция» в сочетании с «регрессией» являются неблагоприятными, дезадаптивными формами психологической защиты у больных шизотипическим расстройством. Данные параметры, как и копинг «избегание» - это показатели личностной деформации (особенно, регрессия в сочетании с избеганием). При преобладании сочетания данных показателей можно говорить о неблагоприятном течении заболевания. Где они отсутствуют можно предполагать заранее более благоприятный вариант течения болезни [13]. При выделении факторов для группы больных шизотипическим расстройством Описанные факторы оказались мало соотносимы с типами привязанности типичными для здоровых лиц, но очень верно отражают клинические варианты приспособительного поведения. Были выделены факторы, отражающие: «Гиперсоциальный вариант взаимодействия с другими», «Пассивно-зависимый вариант взаимодействия с другими», «Тревожно-избегающий вариант взаимодействия с другими» и «Дезадаптивный вариант взаимодействия с

другими».

Последний фактор включил в себя ненадежный тип привязанности, а также замещение, подавление, компенсацию и стратегию «принятие ответственности».

Мы предполагаем, что ненадежный тип привязанности в данном случае выступает как фактор отягощающий дезадаптацию, обусловленную болезнью и дающий более грубые нарушения приспособительного поведения.

Одной из задач исследования было сравнение показателей группы больных шизотипическим расстройством с результатами здоровых лиц. При исследовании уровня дистресса и специфики его проявления у здоровых было выявлено, что испытуемые с ненадежным типом привязанности обладают достоверно более высоким уровнем наличного дистресса и основным способом его проявления - сенситивность (результаты на уровне статистической значимости). Таким образом, можно предположить, что лица с ненадежным типом привязанности хуже справляются с жизненными трудностями, что проявляется в часто проявляется в ощущении личной неадекватности и неполноценности, в особенности, когда человек сравнивает себя с другими. Высокие баллы по шкале «сенситивность» ассоциируются с трудностями при построении межличностных отношений, что может проявляться в застенчивости, переживания непонимания и недружелюбия со стороны окружающих, отсутствия симпатии и сочувствия, неуверенности в себе. Данные результаты хорошо согласуются с упомянутыми выше исследованиями.

При исследовании механизмов психологической защиты, ярких различий между результатами здоровых лиц с различными типами привязанности выявлено не было, однако на уровне статистической тенденции обнаруживается более редкое использование лицами с ненадежным типом привязанности такого механизма психологической защиты как интеллектуализация. Данный механизм является самым адаптивным и зрелым,

позволяющим эффективно справляться с возникающими трудностями и недостаточная его выраженность связана с большей выраженностью более примитивных механизмов психологической защиты, и как следствие снижению адаптации, что также подтверждается в исследовании Федотовой Н. А.

Схожие результаты наблюдаются и при исследовании копинг-стратегий. Испытуемые с ненадежным типом привязанности показали достоверно более низкий уровень таких адаптивных стратегий как «самоконтроль» и «поиск социальной поддержки», а также более редкое использование стратегии «поиск решения проблемы» (результаты на уровне тенденции), по сравнению с респондентами с надежным типом привязанности. Отмеченные выше копинг - стратегии ассоциируются с активной позицией в преодолении трудностей, а также со способностью эффективно справляться со эмоциями в стрессовой ситуации, действовать рационально и, при необходимости, обращаться за поддержкой и помощью к окружающим. Недостаточное развитие данных стратегий у лиц с ненадежным типом привязанности может быть связано с незрелостью механизмов психологической защиты и трудностями в социальном взаимодействии, отмеченной выше.

При исследовании тревожности достоверно значимых различий выявлено не было.

При проведении корреляционного анализа было выявлено, что более ранний возраст у здоровых испытуемых значимо связан практически со всеми шкалами вопросника SCL-90, что также подтверждается и при выделении факторов (данный фактор выступает обособлено и не связан ни с приспособительным поведением, ни с паттернами привязанности). Можно предположить, что лица подростково-юношеского возраста обладают большей выраженностью дистресса и широким спектром его проявлений, что может быть связано с спецификой данного возрастного периода, и актуальности кризиса подросткового возраста.

Значимых корреляционных связей типа привязанности с другими

переменными выявлено не было, однако при проведении факторного анализа надежный тип привязанности был включен в фактор «Синдром продуктивного взаимодействия, связанный с надежной привязанностью». Таким образом для здоровых лиц надежная привязанность выступает как значимый элемент эффективного и продуктивного социального взаимодействия. Однако вопрос о том, связаны ли описанные выше различия с возрастом или действительно с типом привязанности к матери остается открытым и нуждается в дальнейшей проверке.

Таким образом, по результатам психодиагностических методик было выявлено, что для больных шизотипическим расстройством ненадежный тип привязанности входит в комплекс параметров, ассоциирующихся с дезадаптивным поведением, включающим в себя, как незрелые механизмы психологической защиты, так и неэффективные копинг-стратегии. Безусловно, дезадаптация больных шизотипическим расстройством во многом связана с имеющийся у них патологией, однако фактор ненадежной привязанности может выступать, как отягощающий уже имеющиеся нарушения в поведении. У здоровых лиц фактор привязанности также имеет влияние на адаптацию и связан в основном с компонентом социального взаимодействия. Таким образом наша *первая гипотеза* о том, что как больные с ненадежным типом привязанности, так и здоровые обладают большими нарушениями адаптации, по сравнению с респондентами с надежным типом привязанности — подтверждается.

Основываясь на полученных результатах можно высказать предположения о том, что социальный компонент надежной и ненадежной привязанности у здоровых и больных имеет ведущую роль для адаптации индивида. Одной из задач данного исследования являлась проверка гипотезы о взаимосвязи типа привязанности с результатами восстановительного лечения и особенностями

взаимодействия с лечащим врачом. Лечащий врач оценивал два параметра взаимодействия с больным: уровень терапевтического контакта и комплаенс. Хороший терапевтический контакт предполагал — высокий уровень доверия, открытости, заинтересованность пациента в создании эффективных терапевтических отношений с лечащим врачом. Высокий уровень комплаенса — высокий уровень согласия при взаимодействии с лечащим врачом, признание его авторитета и компетентности, выполнение установленных рекомендаций. Эти два параметра тесно связаны с эффективностью восстановительного лечения. Было выявлено, что больные с ненадежным типом привязанности обладают достоверно более низким комплаенсом с лечащим врачом, по сравнению с респондентами с надежным типом привязанности. То есть, больные с ненадежным типом привязанности склонны подвергать сомнению рекомендации лечащего врача, не соблюдать их. Больные с низким уровнем комплаенса не заинтересованы в доверительном контакте с лечащим врачом, держатся более замкнуто, подозрительно, что сказывается на результатах восстановительного лечения. При оценке эффективности восстановительного лечения было выявлено, что больные с ненадежным типом привязанности показывают положительную динамику на высоком уровне статистической значимости только по шкалам «профессия» и «межличностные отношения», в то время как у больных с надежным типом привязанности значимая положительная динамика прослеживается практически по всем шкалам (профессия, межличностные отношения, отношения с родителями, быт). Также у больных с ненадежным типом привязанности, наблюдаются более выраженные затруднения в сфере «отношения с родителями», которые не поддаются корректировке в процессе лечения. Выше изложенное подтверждает описанные ранее взаимосвязи типа привязанности с спецификой социального взаимодействия. Как при терапии любого заболевания для эффективности лечения и реабилитации у больных шизотипическим расстройством ведущим является продуктивность взаимодействия с лечащим врачом, однако, согласно

теории «рабочей модели» привязанности, происходит проекция паттерна ненадежной привязанности на построение отношений со значимым лицом (лечащим врачом), что существенно снижает эффективность взаимодействия (низкий уровень комплаенса), и сказывается на эффективности восстановительного лечения. Сфера взаимоотношения с родителями остается стабильно травмирующей и, не поддающейся коррекции проводимым лечением, что также вполне логично в контексте теории привязанности.

Таким образом, наша *вторая гипотеза*, согласно которой ненадежный тип привязанности отражается на взаимодействии с лечащим врачом и на эффективности восстановительного лечения, также подтверждается.

У здоровых лиц для оценки уровня социальной адаптации оценивались удовлетворенность отношениями в семье и партнерскими отношениями, а также качество партнерских отношений. Были получены схожие результаты, что и в группе больных шизотипическим расстройством: было выявлено, что испытуемые с ненадежным типом привязанности достоверно сильнее неудовлетворенны отношениями в родительской семье, в партнерских отношениях также преобладает неудовлетворенность (результат не достигает уровня статистической значимости), хотя различий в качестве партнерских отношений между респондентами с различными типами привязанности обнаружено не было. Схожие результаты были получены Яремчук при исследовании специфики формирования романтических отношений у подростков, в зависимости от типа привязанности — тип привязанности сформированный в родительской семье находил отражение и при построении романтических отношений.

Подводя итог, можно сделать вывод, что полученные данные могут иметь существенное значение для практики: для улучшения эффективности лечения целесообразным является внедрение психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий для «терапии привязанности», а также

семейного консультирования для «трудных» здоровых лиц и больных шизотипическим расстройством подростково-юношеского возраста с нарушениями паттернов привязанности.

ВЫВОДЫ

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. У группы больных шизотипическим расстройством юношеского возраста было обнаружено преобладание ненадежного типа привязанности к матери, по сравнению с группой здоровых лиц;
2. У больных шизотипическим расстройством ненадежный тип привязанности к матери достоверно связан с наиболее непродуктивными способами психологической защиты и копинг-стратегиями, что ухудшает возможность удовлетворительного уровня социального функционирования, то есть утяжеляет социальный прогноз заболевания в целом;
3. Больные шизотипическим расстройством юношеского возраста с ненадежной привязанностью обладают достоверно более низким уровнем коплаенса и показывают меньшую эффективность восстановительного лечения, по сравнению с больными с надежным типом привязанности;
4. Наиболее проблемной и трудной для коррекции сферой у больных шизотипическим расстройством с ненадежным типом привязанности и является сфера взаимоотношений с родителями;
5. Установлено, что для группы здоровых лиц юношеского возраста надежная привязанность наиболее взаимосвязана с функционированием продуктивных механизмов психологической защиты и копинг-поведения, что обеспечивает более эффективную адаптацию;
6. Специфика используемых копинг-стратегий у здоровых лиц с ненадежным типом привязанности связана со снижением самоконтроля, планирования решения проблемы и положительной переоценки, по сравнению с испытуемыми с надежным типом

- привязанности к матери. Однако, наличия более выраженного дистресса и достоверно более сильной тревоги не установлено;
7. Также в контрольной группе респонденты с ненадежным типом привязанности обнаруживают достоверно более выраженную неудовлетворенность отношениями в семье и более высокий уровень неудовлетворенности партнерскими отношениями, что подтверждает имеющиеся в литературе данные о трансляции типа привязанности на значимые межличностные отношения во взрослом возрасте;
 8. В группе здоровых лиц юношеского возраста ненадежный тип привязанности преобладает у женщин, в то время как у мужчин - надежный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование было направлено на изучение влияния ненадежного типа ранней детской привязанности к матери на адаптацию и эффективность восстановительного лечения больных шизотипическим расстройством.

На сегодняшний момент в современной психологии наблюдаются тенденции к интеграции различных направлений исследования и рассмотрение человека в комплексе его проявлений, таким образом вопрос о роли ранней детской привязанности к матери в структуре личности человека со временем только обретает актуальность и рассматривается не только в контексте психодинамического направления.

Существующие на данный момент исследования привязанности у взрослых очень немногочисленны, а данные о роли ранней детской привязанности к матери у лиц с психической патологией и вовсе отсутствуют. Наиболее интересным и важным является исследование взаимосвязи типа привязанности и особенностей течения, эффективности лечения и реабилитации больных аутохтонными непсихотическими расстройствами, так как данный вид патологии относится к так называемым пограничным состояниям и влияние таких факторов, как привязанность не перекрывается влиянием патологического процесса.

Детальное исследование данной проблемы является очень актуальным, так как на сегодняшний момент аутохтонные непсихотические расстройства, а, в частности, шизотипическое расстройство, в принципе, изучены недостаточно, а с точки зрения привязанности данный вопрос и вовсе не рассматривался.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что ненадежный тип привязанности включает в себя механизмы психологической защиты и копинг-стратегии, взаимосвязанные, в основном, с социальной адаптацией индивида, в частности, оказывающее влияние на качество и характер его межличностных отношений и отношений привязанности. В случае с больными шизотипическим расстройством, данный фактор сказывается на

взаимодействии с лечащим врачом и, как следствие, снижает эффективность восстановительного лечения.

Таким образом, разработка данной проблемы может иметь непосредственное значение для практики. Для улучшения эффективности лечения целесообразным является внедрение психокоррекционной работы, психотерапии привязанности, семейного консультирования для "трудных" здоровых лиц и больных шизотипическим расстройством подростково-юношеского возраста с нарушениями паттернов привязанности.

Также имеет смысл в дальнейших исследованиях уточнить изменение влияния фактора привязанности на адаптацию в зависимости от возраста индивида.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абабков В. А., Пере М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, практики. Санкт-Петербург. 2004.
2. Алмазова О. В.. Привязанность к матери, как фактор взаимоотношений взрослых сиблингов; дис. на соискание ученой степени к.пс.н. Москва. 2015.
3. Аносова Е.В., Емельянова Т.В. Биопсихосоциальная модель шизофрении: семейное консультирование и психотерапия как часть психосоциальной реабилитации в комплексном подходе лечения шизофрении. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. №2. 2006. с 74-77
4. Аристова Т.А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией. Автореф. дис. на соискание науч. степени канд. психол. наук. Санкт-Петербург. 1999.
5. Бизюк А.П. Вассерман Л.И., Иовлев Б. В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Методические рекомендации. СПб.: Изд. Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2005.- 23 с.
6. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический Проект, 2004.
7. Вассерман Л. И и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева. 2005.
8. Вассерман Л. И., Иовлев Б. И., Исаева Е. Р.. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2009 г.
9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика, 2004. - 492 с.

10. Гусева О. В., Коцюбинский А. П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Санкт-Петербург. 2013.
11. Дорина И.В., Панкова О.Ф. Чумак М.А. Шизотипическое расстройство в клинике современной психиатрии: распространенность и показатели социальной адаптации больных. Тезисы XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». Казань. 2015
12. Жихарева Л. В. Теория привязанности и практические аспекты. Перспективы науки и Образования; 2013; №4; стр. 144-154.
13. Исаева Е.Р. Исследование копинг-поведения у больных малопрогредиентной шизофренией и невротами \ Е.Р. Исаева, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская \ Обзор. Психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1995. - № 3. – С. 98-101.
14. Калмыкова Е.С., Падун М.А. Качество привязанности как фактор устойчивости к психической травме. Журнал практической психологии и психоанализа. №1. 2002
15. Карпов Алексей Борисович; Механизмы психологической защиты и стратегии преодоления в переходный период от подросткового к юношескому возрасту; дисерт. на соискание ученой степени к.пс.н. Москва. 2006. 228 с.
16. Коцюбинский А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства, Санкт-Петербург. 2014г.
17. Краткий психологический словарь. // Под ред. Петровского А.В., Ярошевского М.Г. Ростов-на-Дону: «Феникс», 1999.
18. Криттенден П. Трансформация отношений привязанности в юности.// Журнал практической психологии и психоанализа. (Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций). №1. 2002г. ([http:// psychol.ras.ru/ippppfr/journal](http://psychol.ras.ru/ippppfr/journal))

19. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Журнал практического психолога. - М.: 2007. № 3. С. 93-112.
20. Куфтяк Е.В. Привязанность ребенка к матери и отношение привязанности близких взрослых; Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. №1 (86). с. 78-83.
21. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец; психологическое взаимодействие. Санкт-Петербург. 2003.
22. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2004. — 392 с.
23. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. Санкт-Петербург. 2006.
24. Павлова О.Н. Теория привязанности. Стили привязанности и особенности ее нарушения; Психологическая наука и образование. 2002. № 5. с. 59-64.
25. Пилягина Г. Я., Дубровская Е. В. Нарушения привязанности как основа формирования психопатологических расстройств в детском и подростковом возрасте // Мистецтво лікування. 2007. № 6. с. 71–79.
26. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. Москва. 1997.
27. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. № 3(17).
28. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. - Мытищи: Издательство «Талант», 1996. — 144 с.
29. Смирнова Е.О., Радева Р. Развитие теории привязанности. (По материалам работ П.Криттенден). // Вопросы психологии, 1999, № 1.

30. Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. — 2-е издание. — Москва. 2009.
31. Тайсон Ф., Тайсон Р. Л.; Психоаналитические теории развития. Москва. 2006.
32. Шахматова И. В. Генеалогические исследования. // Шизофрения. мультидисциплинарное исследование / под ред. А. В. Снежневского. Москва. 1972. с. 160-186.
33. Федотов Н. А., Рудакова Д. А. Психологические защиты и копинг у людей с различными типами привязанности. Психологический журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». №1 2016. с 85-97.
34. Фонаги П. Точки соприкосновения и расхождения между психоанализом и теорией привязанности. // Журнал практической психологии и психоанализа. (Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций). №1.2002.
35. Юрковская Е. М. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией и шизотипическим расстройством (клинические, социальные и адаптационные аспекты). диссерт. на соискание ученой степени к.мед.н. Томск. 2009
36. Яремчук М. В.; Особенности привязанности в детско-родительских отношениях и отношениях любви у старших подростков; Психологическая наука и образование. 2005. №3. с. 86-92.
37. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / ВОЗ; Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб.: Адис, 1994.
38. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б.Д. Карвасарского. 2-е издание. Санкт-Петербург. 2000.
39. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т 1\ Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д., и др.; Под ред. Тиганова А.С. — М.: Медицина, 1999.

40. Американская психиатрическая ассоциация. Diagnostic criteria for 301.22. Schizotypal Personality Disorder // Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — Text Revision (DSM-IV-TR). — Washington, DC, 2000. — Vol. 4. — P. 697—701
41. Михайлов Б. В., Мажбиц В. Б. Биопсихосоциальная модель реабилитации больных шизофренией. УКРАЇНСЬКИЙ ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ — ТОМ 19, ВИП. 2 (67). с. 52- 54.
42. Ainsworth M.D.S. Attachments beyond infancy. // American Psychologist, 1989, Vol. 44, № 4, pp.709-716.
43. Ainsworth M.D.S. Infant-mother attachment. // American Psychologist, 1979, Vol. 34, pp.932-937.
44. Alexander R., Feeney J, Hohaus L., Noller P. Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. Personal relationships. Volume 8. 2005. Pages137-152
45. Allen J.P., Land D. Attachment in adolescence. // Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press, 1999, pp.319-335.
46. Bartholomew K., Horovitz L.M. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. // Journal of Personality and Social Psychology, 1991, Vol.61, № 2, pp.226-244.
47. Berman W.H., Sperling M.B. The structure and function of adult attachment. // Attachment in adults: Clinical and Developmental perspectives. New York-London: Guilford Press, 1994, pp.3-26.
48. Davila J., Burge D., Hammen C. Why does attachment style change? // Journal of Personality and Social Psychology, 1997, Vol. 73, № 4, pp.826-838.
49. Lee Wmderman, Ph.D Adult Attachment Styles and Psychopathology 1 Project Demonstrating Excellence (Doctoral Dissertation) Adult Attachment Styles and Psychopathology In A Clinical Sample Submitted in Partial

Fulfillment of the Requirements for a Doctorate of Philosophy (ph.D.) In
Clinical Psychology The Union Institute, School of Professional Psychology
First Core

50. Engels R.C.M.E., Finkenauer C., Meeus W., Dekovic M. Parental attachment and adolescent's emotional adjustment: The associations with social skills and relational competence. // Journal of Counseling Psychology, 2001, Vol. 48, № 4, pp.428-439.
51. Folkman S., Lazarus R.S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. / Journal of Health and Social Behavior. 1980; 21: 219-239.
52. Kobak R.R., Sceery A. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and Representations of self and others. // Child Development, 1988, Vol. 59, pp.135-146.
53. Freud A. The ego and the mechanisms of defense//The writing of Anna Freud. - Vol. 2. - London, 1977.
54. Mario Mikulincer, Phillip R.; an attachment perspective on psychopathology; World psychiatry. 2012 Feb; 11(1): 11–15
55. Paul H. Lysaker, Gary J. Bryson, Kriscinda Marks, Tamasine C. Greig, Morris D. Bell; coping Style in Schizophrenia: associations With Neurocognitive Deficit and personality; Schizophrenia Bulletin. 2004. 30 (1):113-121.
56. Thompson R.A. Early attachment and later behavior. // Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press, 1999, pp.265-286.
57. <http://www.scienceforum.ru/2015/pdf/15451.pdf>
58. http://www.edit.muh.ru/content/mag/trudy/08_2010/11.pdf
59. http://lib100.com/book/practic_psychology/post_traumatic_stress/%D2%e0%F0%e0%e1%F0%e8%eD%e0%20%CD.%c2.,%cF%F0%e0%ea%F2%e8%ea%F3%ec.pdf
60. <http://psylab.inf>

Приложение А

Структурированное интервью

Анкета 1 – для группы больных испытуемых

1. Имя:
2. Возраст:
3. Пол: м / ж
4. Семейное положение:
 - не состою в отношениях на данный момент
 - состою в партнерских отношениях
 - состою в длительных партнерских отношениях
5. Дети: нет / есть
6. Уровень образования:
 - неоконченное среднее
 - среднее специальное
 - неполное высшее
 - высшее
7. Занятость:
 - не работаю и не учусь
 - учеба
 - работа
 - и работа и учеба
 - другое:

Анкета 2 – для группы здоровых испытуемых

1. Имя:
2. Возраст:
3. Пол: м / ж
4. Семейное положение:
 - не состою в отношениях на данный момент
 - состою в партнерских отношениях
 - состою в длительных партнерских отношениях
5. Дети: нет / есть
6. Уровень образования:
 - неоконченное среднее

- среднее специальное
- неполное высшее
- высшее

7. Занятость:

- не работаю и не учусь
- учеба
- работа
- и работа и учеба
- другое:

8. Насколько вы удовлетворены своими семейными отношениями:

- удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- не удовлетворен

9. Насколько вы удовлетворены своими партнерскими отношениями:

- удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- не удовлетворен

Приложение Б

Модифицированный опросник М.В.Яремчук

Имя _____ Пол _____ Возраст _____ Дата _____

Инструкция

Вспомните, какими были Ваши отношения с матерью, когда Вы были ребенком, а затем подростком. Выполняя задание, постарайтесь иметь в виду именно тот период, независимо от Ваших отношений в настоящее время.

Выберите, пожалуйста, из каждой тройки высказываний одно, характеризующее Ваши прежние отношения с матерью, и поставьте галочку напротив нужного высказывания. Из каждой тройки можно выбрать только одно высказывание. При затруднениях с выбором отвечайте так, как бывало в большинстве случаев.

1.

- а) Моя мама редко показывала свою любовь ко мне.
- б) Что бы ни случилось, я всегда был(а) уверен(а), что мама любит меня.
- в) Иногда мне казалось, что моя мама меня не любит.

2.

- а) Моя мама поддерживала и одобряла мои собственные решения.
- б) Моя мама предоставляла мне самому(ой) принимать решения, не очень интересуясь ими.
- в) Моя мама то очень сильно контролировала мои решения, то почти не контролировала их; я часто не мог(ла) понять, почему.

3.

- а) В трудной ситуации, когда мне была необходима помощь, я часто злился(ась) из-за непредсказуемой реакции со стороны мамы.
- б) В трудной ситуации моя мама редко помогала мне, предоставляя разобраться самому(ой).
- в) В трудной ситуации я всегда мог(ла) рассчитывать на помощь со стороны мамы.

4.

- а) Моя мама ценила и уважала мои желания и интересы.
- б) Моя мама нередко критиковала и старалась скорректировать мои желания и интересы.
- в) Моя мама имела весьма малое представление о моих желаниях и интересах.

5.

- а) Моя мама могла с пониманием отнестись к моим мыслям и чувствам, а могла и раскритиковать за них.
- б) Моя мама с интересом и уважением относилась к моим чувствам и мыслям.
- в) Моя мама обычно не вникала в мои чувства и мысли достаточно глубоко.

6.

- а) Когда мне были необходимы понимание, помощь и поддержка, я предпочитал(а) не обременять мать своими проблемами.
- б) Я часто обращался(ась) к маме за пониманием, помощью и поддержкой.
- в) Когда мне были необходимы помощь и поддержка, я всегда раздумывал(а) и колебался(лась), обращаться ли к маме, отнесется ли она с пониманием.

7.

- а) Я не помню, сильно ли в детстве любил(а) свою маму.
- б) Я хорошо помню, как сильно в детстве любил(а) свою маму.
- в) Хотя я очень любил(а) свою маму, за некоторые вещи я подчас ее ненавидел(а).

8.

- а) Я не всегда был(а) уверен(а), что, обратившись за советом к маме, я получу желаемое, но каждый раз надеялся(ась) на это.
- б) Я редко советовался(ась) с мамой.
- в) Моя мама всегда с готовностью давала мне нужный совет, когда я ее об этом просил(а).
- 9.
- а) Моя мама почти не интересовалась тем, как я проводил(а) свое свободное время.
- б) Моя мама часто диктовала мне, что делать в свободное время.
- в) Моя мама предоставляла мне право самому(ой) распоряжаться моим свободным временем.
- 10.
- а) Я часто делился(ась) с мамой своими радостями и горестями.
- б) Делясь с мамой своими переживаниями, я никогда не был(а) уверен(а), что получу тот отклик, на который рассчитывал(а).
- в) Когда мы с мамой обсуждали происходящие события, я не делился(лась) своими чувствами по этому поводу.
- 11.
- а) Я бы назвал(а) свои отношения с мамой в то время противоречивыми, неустойчивыми.
- б) Я бы назвал(а) свои отношения с мамой в то время прохладными.
- в) Я бы назвал(а) свои отношения с мамой в то время теплыми, близкими.

Спасибо!

Приложение В

SCL-90

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникают у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта.

НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:	Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
1. Головные боли					
2. Нервозность или внутренняя дрожь					
3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли					
4. Слабость или головокружения					
5. Потеря сексуального влечения или удовольствия					
6. Чувство недовольства другими					
7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями					
8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие					
9. Проблемы с памятью					
10. Ваша небрежность или неряшливость					
11. Легко возникающая досада или					

раздражение					
12. Боли в сердце или в грудной клетке					
13. Чувство страха в открытых местах или на улице					
14. Упадок сил или заторможенность					
15. Мысли о том, чтобы покончить с собой					
16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие					
17. Дрожь					
18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять					
19. Плохой аппетит					
20. Слезливость					
21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола					
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы					
23. Неожиданный и беспричинный страх					
24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдерживать					
25. Боязнь выйти из дома одному					

26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты					
27. Боли в пояснице					
28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо					
29. Чувство одиночества					
30. Подавленное настроение, “хандра”					
31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам					
32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было					
33. Чувство страха					
34. То, что Ваши чувства легко задеть					
35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли					
36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам					
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь					
38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки					
39. Сильное или учащенное сердцебиение					

40. Тошнота или расстройство желудка					
41. Ощущение, что Вы хуже других					
42. Боли в мышцах					
43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас					
44. То, что Вам трудно заснуть					
45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете					
46. Трудности в принятии решения					
47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах					
48. Затруднённое дыхание					
49. Приступы жара или озноба					
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают					
51. То, что Вы легко теряете мысль					
52. Онемение или покалывание в различных частях тела					
53. Комок в горле					
54. Ощущение, что будущее безнадёжно					

55. То, что Вам трудно сосредоточится					
56. Ощущение слабости в различных частях тела					
57. Ощущение напряжённости или взвинченности					
58. Тяжесть в конечностях					
59. Мысли о смерти					
60. Переедание					
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас					
62. То, что у Вас в голове чужие мысли					
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо					
64. Бессонница по утрам					
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, перечитывать и т.д. и т.п.					
66. Беспокойный и тревожный сон					
67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь					
68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие					

69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими					
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)					
71. Чувство, что всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий					
72. Приступы ужаса или паники					
73. Чувство неловкости, когда Выт едите и пьёте на людях					
74. То, что Вы часто вступаете в спор					
75. Нервозность, когда Вы остались одни					
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения					
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми					
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте					
79. Ощущение собственной никчемности					
80. Ощущение, что с Вами произойдёт что-то плохое					
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами					

82. Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях					
83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите					
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли					
85. Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи					
86. Кошмарные мысли или видения					
87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке					
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому					
89. Чувство вины					
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное					

Приложение Г

ИЖС

На следующих страницах Вы найдете ряд высказываний об определенных способах поведении и установках.

Вы можете ответить да или нет (согласен или не согласен). Выбрав ответ, поставьте, пожалуйста, знак х (крест) в предусмотренном для этого месте на бланке для ответов.

Не существует правильных или неправильных ответов, так как каждый человек имеет право на собственную точку зрения. Отвечайте так, как считаете верным для себя.

Обратите, пожалуйста, внимание на следующее:

- Не думайте о том, какой ответ мог бы создать лучшее впечатление о Вас и отвечайте так, как считаете для себя предпочтительнее. Обработка результатов автоматизирована и при этом содержание утверждений не проверяется.
- Не думайте долго над предложениями, выбирая ответ, отмечайте тот, который первым пришел Вам в голову.
- Может быть, некоторые утверждения Вам не очень подходят. Несмотря на это, пометьте один из ответов, а именно тот, который для Вас наиболее приемлем.

Большое спасибо!

1. Я человек, с которым очень легко поладить.
2. Когда я чего-то хочу, у меня не хватает терпения подождать.
3. Всегда был такой человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди считают меня сдержанным, рассудительным человеком.
5. Мне противны непристойные кинофильмы.
6. Я редко помню свои сны.
7. Люди, которые всюду распоряжаются, приводят меня в бешенство.
8. Иногда у меня возникает желание пробить кулаком стену.
9. Меня сильно раздражает, когда люди рисуются.
10. В своих фантазиях я всегда главный герой.
11. У меня не очень хорошая память на лица.
12. Я чувствую некоторую неловкость, пользуясь общественной баней.
13. Я всегда внимательно выслушиваю все точки зрения в споре.
14. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
15. Когда в толпе кто-то толкает меня, я испытываю желание ответить тем же.
16. Многое во мне восхищает людей.
17. Отправляясь в поездку, я обязательно планирую каждую деталь.
18. Иногда, без всякой причины, на меня нападает упрямство.
19. Друзья почти никогда не подводят меня.
20. Мне случалось думать о самоубийстве.
21. Меня оскорбляют непристойные шутки.
22. Я всегда вижу светлые стороны вещей.
23. Я ненавижу недоброжелательных людей.
24. Если кто-нибудь говорит, что я не смогу что-то сделать, то я нарочно хочу сделать это, чтобы доказать ему неправоту.
25. Я испытываю затруднения, вспоминая имена людей.
26. Я склонен к излишней импульсивности.
27. Я терпеть не могу людей, которые добиваются своего, вызывая к себе жалость.

28. Я ни к кому не отношусь с предубеждением.
29. Иногда меня беспокоит, что люди подумают, будто я веду себя странно, глупо или смешно.
30. Я всегда нахожу логичные объяснения любым неприятностям.
31. Иногда мне хочется увидеть конец света.
32. Порнография отвратительна.
33. Иногда, будучи расстроен, я ем больше обычного.
34. У меня нет врагов.
35. Я не очень хорошо помню свое детство.
36. Я не боюсь состариться, потому что это происходит с каждым.
37. В своих фантазиях я совершаю великие дела.
38. Большинство людей раздражают меня, потому что они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-либо склизкому вызывает во мне омерзение.
40. У меня часто бывают яркие, сюжетные сновидения.
41. Я убежден, что если буду неосторожен, люди воспользуются этим.
42. Я не скоро замечаю дурное в людях.
43. Когда я читаю или слышу о трагедии, это не слишком трогает меня.
44. Когда есть повод рассердиться, я предпочитаю основательно все обдумать.
45. Я испытываю сильную потребность в комплиментах.
46. Сексуальная невосдержанность отвратительна.
47. Когда в толпе кто-то мешает моему движению, у меня иногда возникает желание толкнуть его плечом.
48. Как только что-нибудь не по-моему, я обижаюсь и мрачнею.
49. Когда я вижу окровавленного человека на экране, это почти не волнует меня.
50. В сложных жизненных ситуациях я не могу обойтись без поддержки и помощи людей.
51. Большинство окружающих считают меня очень интересным человеком.
52. Я ношу одежду, которая скрывает недостатки моей фигуры.
53. Для меня очень важно всегда придерживаться общепринятых правил поведения.
54. Я склонен часто противоречить людям.
55. Почти во всех семьях супруги друг другу изменяют.
56. По-видимому, я слишком отстраненно смотрю на вещи.
57. В разговорах с представителями противоположного пола я стараюсь избегать щекотливых тем.
58. Когда у меня что-то не получается, мне иногда хочется плакать.
59. Из моей памяти часто выпадают некоторые мелочи.
60. Когда кто-то толкает меня, я испытываю сильное негодование.
61. Я выбрасываю из головы то, что мне не нравится.
62. В любой неудаче я обязательно нахожу положительные стороны.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я почти ничего не выбрасываю и бережно храню множество разных вещей.
65. В компании друзей мне больше всего нравятся разговоры о прошедших событиях, развлечениях и удовольствиях.
66. Меня не слишком раздражает детский плач.
67. Мне случалось так разозлиться, что я готов был перебить все вдребезги.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я чувствую себя неуютно, когда на меня не обращают внимания.
70. Какие бы страсти не разыгрывались на экране, я всегда отдаю себе отчет в том, что это только на экране.
71. Я часто испытываю чувство ревности.
72. Я бы никогда специально не пошел на откровенно эротический фильм.

73. Неприятно то, что людям, как правило, нельзя доверять.
74. Я готов почти на все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я никогда не бывал панически испуган.
76. Я не упущу случая посмотреть хороший триллер или боевик.
77. Я думаю, что ситуация в мире лучше, чем полагает большинство людей.
78. Даже небольшое разочарование может привести меня в уныние.
79. Мне не нравится, когда люди откровенно флиртуют.
80. Я никогда не позволяю себе терять самообладание.
81. Я всегда готовлюсь к неудаче, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Кажется, некоторые из моих знакомых завидуют моему умению жить.
83. Мне случалось со зла так сильно ударить или пнуть по чему-нибудь, что я неумышленно причинял себе боль.
84. Я знаю, что за глаза кое-кто отзывается обо мне дурно.
85. Я едва ли могу вспомнить свои первые школьные годы.
86. Когда я расстроен, я иногда веду себя по-детски.
87. Мне намного проще говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Когда я бываю в отъезде и у меня случаются неприятности, я сразу начинаю сильно тосковать по дому.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не слишком глубоко трогает меня.
90. Я легко переношу критику и замечания.
91. Я не скрываю своего раздражения по поводу привычек некоторых членов моей семьи.
92. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.
93. Я не могу переживать свои неудачи в одиночку.
94. К счастью, у меня меньше проблем, чем имеет большинство людей.
95. Если что-то волнует меня, я иногда испытываю усталость и желание выспаться.
96. Отвратительно то, что почти все люди, добившиеся успеха, достигли его с помощью лжи.
97. Нередко я испытываю желание почувствовать в своих руках пистолет или автомат.

Приложение Д

ССП

вам предлагаются 50 утверждений касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Вы должны оценить как часто данные варианты поведения проявляются у вас.

	ОКАЗАВШИЕСЬ В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ, Я ...	никогда	редко	иногда	часто
1	... сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше - на следующем шаге	0	1	2	3
2	... начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное - делать хоть что-нибудь	0	1	2	3
3	... пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
4	... говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации	0	1	2	3
5	... критиковал и укорял себя	0	1	2	3
6	... пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть	0	1	2	3
7	... надеялся на чудо	0	1	2	3
8	... смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет	0	1	2	3
9	... вел себя, как будто ничего не произошло	0	1	2	3
10	... старался не показывать своих чувств	0	1	2	3
11	... пытался увидеть в ситуации что-то положительное	0	1	2	3
12	... спал больше обычного	0	1	2	3
13	... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы	0	1	2	3
14	... искал сочувствия и понимания у кого-нибудь	0	1	2	3
15	... во мне возникла потребность выразить себя творчески	0	1	2	3
16	... пытался забыть все это	0	1	2	3
17	... обращался за помощью к специалистам	0	1	2	3
18	... менялся или рос как личность в положительную сторону	0	1	2	3
19	... извинялся или старался все загладить	0	1	2	3
20	... составлял план действия	0	1	2	3
21	... старался дать какой-то выход своим чувствам	0	1	2	3
22	... понимал, что сам вызвал эту проблему	0	1	2	3
23	... набирался опыта в этой ситуации	0	1	2	3
24	... говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации	0	1	2	3
25	... пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами	0	1	2	3
26	... рисковал напропалую	0	1	2	3

27	... старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву	0	1	2	3
28	... находил новую веру во что-то	0	1	2	3
29	... вновь открывал для себя что-то важное	0	1	2	3
30	... что-то менял так, что все улаживалось	0	1	2	3
31	... в целом избегал общения с людьми	0	1	2	3
32	... не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться	0	1	2	3
33	... спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал	0	1	2	3
34	... старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела	0	1	2	3
35	... отказывался воспринимать это слишком серьезно	0	1	2	3
36	... говорил о том, что я чувствую	0	1	2	3
37	... стоял на своем и боролся за то, чего хотел	0	1	2	3
38	... вымещал это на других людях	0	1	2	3
39	... пользовался прошлым опытом - мне приходилось уже попадать в такие ситуации	0	1	2	3
40	... знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить	0	1	2	3
41	... отказывался верить, что это действительно произошло	0	1	2	3
42	... я давал обещание, что а следующий раз все будет по-другому	0	1	2	3
43	... находил пару других способов решения проблемы	0	1	2	3
44	... старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах	0	1	2	3
45	... что-то менял в себе	0	1	2	3
46	... хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось	0	1	2	3
47	... представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться	0	1	2	3
48	... молился	0	1	2	3
49	.. прокручивал в уме, что мне сказать или сделать	0	1	2	3
50	... думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему	0	1	2	3

Приложение Е

ИТТ

Перечень вопросов для оценки ситуативной тревожности

Инструкция

Ниже Вам предложены несколько утверждений, касающихся Вашего эмоционального состояния.

В отношении каждого из них нужно решить – насколько данное состояние выражено именно СЕЙЧАС, В ДАННЫЙ МОМЕНТ, СЕГОДНЯ. В зависимости от этого поставьте “+” в одну из четырех граф.

Утверждение	Совсем нет	Слабо выражено	Выражено	Очень выражено
1. Я нахожусь в напряжении				
2. Я расстроен				
3. Я тревожусь о будущем				
4. Я нервничаю				
5. Я озабочен				
6. Я возбужден				
7. Я ощущаю непонятную угрозу				
8. Я быстро устаю				
9. Я не уверен в себе				
10. Я избегаю любых конфликтов				
11. Я легко прихожу в замешательство				

12. Я ощущаю свою бесполезность				
13. Я плохо сплю				
14. Я ощущаю себя утомленным				
15. Я эмоционально чувствителен				

Перечень вопросов для оценки личностной тревожности

Инструкция

Ниже Вам предложены несколько утверждений, касающихся Вашего эмоционального состояния.

В отношении каждого из них нужно решить – КАК ЧАСТО на протяжении последнего времени Вы испытывали это, и в зависимости от этого поставьте “+” в одну из четырех граф.

Утверждение	Никогда	Редко	Часто	Почти всё время
1. Я нахожусь в напряжении				
2. Я расстроен				
3. Я тревожусь о будущем				
4. Я нервничаю				
5. Я озабочен				
6. Я возбужден				
7. Я ощущаю непонятную угрозу				

8. Я быстро устаю				
9. Я не уверен в себе				
10. Я избегаю любых конфликтов				
11. Я легко прихожу в замешательство				
12. Я ощущаю свою бесполезность				
13. Я плохо сплю				
14. Я ощущаю себя утомленным				
15. Я эмоционально чувствителен				

Приложение Ж

Шкала Функционирования А. П. Коцюбинского

Нарушения функционирования в разных социальных сферах (0-4)

1. Профессиональная: 0 - Работает или учится, полностью выполняя профессиональные или учебные обязанности; возможны вечерние или заочные формы обучения при устойчивой трудовой деятельности; 1 - Работает или учится, но обнаруживает снижение работоспособности: а) преходящее снижение трудоспособности, приводящее к необходимости временного ограничения трудовой активности вплоть до временной нетрудоспособности, или б) снижение продуктивности при напряжённых условиях труда (высокий темп, ограниченное время, удлинение рабочего дня, конфликтные ситуации и т. п.); возможна частая смена мест работы при достаточно высокой эффективности деятельности; 2 - Работает или учится, но: а) обнаруживает стойко сниженную продуктивность, не соответствующую формальной квалификации или б) требует облегчённого режима (по индивидуальному графику, надомником и т. п.); возможны: а) вечерние и заочные формы обучения без адекватной трудовой нагрузки, б) частая смена мест работы при низкой эффективности деятельности; 3 - Работает или учится в адаптированных учреждениях (ЛТМ, спец. ПТУ и т. п.); 4 - Не работает и не учится.

2. Межличностные взаимоотношения: 0 - Отношения характеризуются достаточной содержательностью и продуктивностью контактов; имеются глубокие дружеские связи, контакт со сверстниками нормальный; 1 - Контакты преимущественно формальные; количественное или качественное ограничение связей: а) есть 1 – 2 друга, с которыми поддерживается неформальный контакт или б) нет друзей и доверительных отношений, а только компания, круг знакомств, количественно достаточно (а порой избыточно) широкий, в котором контакты, хоть и не хаотичны, но формальны и поверхностны; 2 - Контакты в основном формальные и поверхностные, с элементами хаотичности; круг знакомств узок; 3 - Круг знакомств характеризуется преимущественно асоциальными контактами; 4 - Избегание всех видов контактов; отсутствие контактов, уклонение от всех видов общения, самоизоляция.

3. Супружеские отношения: 0 - Устойчивые супружеские отношения, продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижение семейных целей); 1 - Устойчивые супружеские отношения, но при ограниченном, «краевом» участии в жизни семьи (непостоянный вклад в достижение семейных целей, отказ от решения важных для семьи вопросов или от выполнения важных функций); 2 - Неустойчивые супружеские отношения (наличие серьезных размолвок) при краевом участии в жизни семьи (непостоянный вклад в достижение семейных целей, отказ от решения важных для семьи вопросов или от выполнения важных функций); 3 - Находится в супружеских отношениях (вплоть до близких к разрыву), но при деструктивном участии в жизни семьи (противодействие семейным целям, поведение, приводящее семью на грань распада); 4 - Отсутствие семьи в зрелом возрасте; включена ситуация развода и отсутствия новой семьи (в том числе фактической).

4. Воспитание детей: 0 - Выполняет основную работу по воспитанию детей или существенно помогает супругу, активно участвуя в нём; 1 - Проявляет определенную заботу о детях, оказывает материальную помощь в их воспитании; 2 - Ограничивается формальной заботой о детях (включая материальную помощь); 3 - Ограничивается материальной

помощью при фактическом отсутствии общения с детьми; 4 - В судьбе детей не участвует и не оказывает материальной помощи.

5. Родительская семья: 0 - Продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижении семейных целей) при неформальном отношении к выполнению своих сыновних/дочерних обязанностей (забота, внимание, эмоциональный контакт, материальная поддержка, помощь в быту и т. п.); 1 - Продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижении семейных целей) при формальном отношении к выполнению обязанностей; 2 - Ограниченное, «краевое» участие в жизни семьи при формальном выполнении обязанностей; 3 - Деструктивное участие в жизни семьи; 4 - Полное неучастие, самоустранение от жизни семьи.

6. Организация быта повседневной жизни: 0 - Самостоятельное эффективное ведение хозяйства, эффективное распоряжение финансами; в семье – лидерство или активное партнёрство в организации дома, при жизни в одиночестве – экономическая независимость и успешное самообеспечение; 1 - Постоянные сложные бытовые функции в семье при отсутствии инициативы; живя в одиночестве, хозяйствует с трудом, что приводит к общему снижению бытового комфорта; 2 - В семье выполняет лишь конкретные бытовые поручения (сходить в магазин, помочь в уборке и т. п.); не соразмеряет семейные расходы с удовлетворением собственных потребностей, нерационально расходует деньги; живя в одиночестве, выполняет хозяйственные задачи лишь отчасти и зачастую плохо, не умеет правильно планировать и укладываться в бюджет; 3 - В семье формально выполняет мелкие поручения при фактическом существовании в быту за счет других членов семьи (не участвуя и даже не стараясь участвовать в её материальном обеспечении); живя в одиночестве, в организации быта небрежен, хаотичен, непоследователен, постоянно «неустроен», экономически несостоятелен; 4 - Способен только к элементарному самообслуживанию или полностью обслуживается другими членами семьи; жить один не может.

7. Сексуальные отношения: 0 - Постоянные сексуальные контакты при отсутствии проблем во взаимопонимании; 1 - Непостоянные и/или случайные сексуальные контакты с партнерами; 2 - Наличие одной постоянной связи при затруднении контактов с другими возможными партнёрами; отсутствие сексуальных контактов по объективным причинам (возраст, физические дефекты, условия жизни) при наличии полового влечения и отсутствии затруднения в общении с лицами другого пола; 3 - Непостоянные и/или случайные связи при затруднении общения с возможными партнерами; 4 – Отсутствие связей, «сексуальный тупик